

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 34

Contribution à l'Étude

DE

L'ÉRYTHÈME INDURÉ

(MALADIE DE BAZIN)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN NAZLAMOFF

Né le 8 avril 1874 à Bolgrad (Russie)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 34

Contribution à l'Étude

DE

L'ÉRYTHÈME INDURÉ

(MALADIE DE BAZIN)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN NAZLAMOFF

Né le 8 avril 1874 à Bolgrad (Russie)



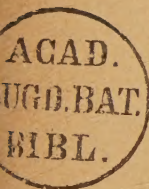
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^e

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	M. LAROYENNE
--	--------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président ; M. ROQUE, Assesseur ;
MM. ROUX et BARRAL, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage particulier d'affection à mon frère

LE COLONEL A. NAZLAMOFF

A MES MAITRES

A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail nous a été inspirée par l'examen d'une malade du service de M. le professeur Gailleton ; cette malade était porteur, à la joue gauche, d'une petite tumeur sous-dermique, qu'on diagnostiqua érythème induré de Bazin. M. Carle, chef de clinique du service, pratiqua l'enlèvement de cette petite tumeur. On en inocula une portion à deux cobayes et l'autre fut examinée histologiquement dans le laboratoire de M. le professeur Tripièr. Ces deux épreuves confirmèrent l'origine tuberculeuse de cette induration et démontrèrent une fois de plus le bien fondé du lien qui rattache l'érythème induré à la tuberculose. On sait qu'aujourd'hui on range cette affection dans la classe des toxi-tuberculides. C'est une question encore toute récente que

celle de savoir, d'abord si cette étiologie bacillaire est réelle, et ensuite comment elle se fait. Les articles parus, ces dernières années, dans les *Annales de Dermatologie*, les récents travaux de Leredde, Hallopeau, Darier, Thibierge et Ravaut, les discussions enfin du Congrès de 1900, en font une question d'actualité et c'est à ce titre que l'étude et la malade que nous présentons nous ont paru intéressantes.

Nous serions trop heureux si notre travail pouvait contribuer dans une faible mesure à vulgariser la thèse que nous soutenons et que nous croyons fermement être la bonne.

Au moment d'arriver au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin, ont bien voulu s'intéresser à nous.

Que M. le professeur Gailleton reçoive l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse, et qu'il soit persuadé que nous n'oublierons jamais ses leçons magistrales, pendant tout le temps que nous avons fréquenté sa clinique.

Nous prions M. Carle, chef de clinique des maladies de la peau et vénériennes, d'agréer nos remerciements les plus sincères pour l'observation qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer et pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

MM. les professeurs Lépine, Teissier et Poncet voudront bien se souvenir que nous avons été leur élève ; nous les remercions bien sincèrement de leur

enseignement et les assurons de notre entier dévouement.

Enfin, que nos camarades reçoivent le témoignage de notre plus vive sympathie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Avant Bazin, l'affection avait été déjà vue par Willan, Bateman, Bielt et Hardy, mais elle avait été considérée comme *une forme d'érythème nouveau* (Bateman, Hardy), rattaché soit au *lymphatisme* (Bateman), soit au *rhumatisme* (Hardy); et même deux ans après l'apparition des leçons de Bazin (1861), Hardy, dans son Traité des maladies de la peau (1863), la considère encore comme une forme chronique et apyrétique de l'érythème nouveau. En somme, il faut arriver à Bazin pour voir cette affection considérée comme autonome avec des symptômes propres et voir émettre l'hypothèse de l'origine scrofuleuse.

Bazin (1) décrit l'érythème induré de la façon suivante :

(1) BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, 2^e éd., p. 146, 1861.

« L'érythème induré, de nature scrofuleuse, n'est pas rare ; il se caractérise par des plaques rouges, indurées, sur lesquelles le doigt appliqué fait momentanément disparaître la rougeur, qui ne tarde pas à reparaître au bout de quelques instants.

« Cette affection s'observe communément sur les jambes, plus souvent peut-être chez les filles que chez les garçons ; je l'ai rencontrée sur les jambes de jeunes blanchisseuses, chez des jeunes filles offrant tous les attributs de la fraîcheur et de l'embonpoint scrofuleux.

« Son siège de prédilection est la partie externe et inférieure de la jambe. On la voit quelquefois aussi siéger un peu au-dessus du tendon d'Achille ; enfin, on peut la remarquer encore sur la face, et je l'ai vue sur cette région alterner avec l'ophthalmie scrofuleuse ».

Après Bazin, il s'est écoulé un certain temps, sans qu'on s'occupe de l'érythème induré. Il passait presque inaperçu ou était considéré comme une affection lymphatique ou syphilitique.

Trousseau (1), en 1868, accepte la description de l'érythème induré faite par Bazin sans la discuter.

Hardy (2) considère l'érythème induré de Bazin comme une forme chronique, apyrétique de l'érythème noueux ; il reconnaît que l'érythème induré ne s'arrête pas à l'induration, mais que le processus peut

(1) TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1868.

(2) HARDY. — Traité des maladies de la peau, 1886.

aboutir à une ulcération « à fond grisâtre, peu disposée à se cicatriser ».

Il fait rentrer dans le cadre de l'érythème induré la description qu'il donne de la *scrofulide phlegmoneuse*. Hardy décrit cette dernière en ces termes :

« Cette variété de scrofulides est caractérisée par le développement de petits abcès cutanés, abcès dermiques, gommés cutanés. Ces abcès débutent par une petite tumeur qui grossit graduellement, et qui peut acquérir le volume d'une amande ou même celui d'une noix ; au bout d'un temps assez long, elle se ramollit et la fluctuation annonce la présence du pus.

« La peau qui recouvre cette tumeur présente une teinte rouge violacée, s'amincit, finit par se déchirer et laisse écouler du pus séreux, grumeleux, mal lié. Bientôt une croûte se forme sur l'ulcération, puis une nouvelle ouverture ne tarde pas à se faire à côté de la première, souvent au même endroit, pour se refermer encore au moyen d'une nouvelle croûte. Il se forme ainsi successivement plusieurs ouvertures qui finissent par se réunir et par former une ulcération plus ou moins étendue, laquelle présente alors tous les caractères des ulcérations scrofuleuses. Ces abcès peuvent être isolés ou agglomérés, et leur nombre est variable. On les rencontre surtout à la face, mais ils peuvent aussi occuper le tronc et les membres.

« La durée de chaque abcès est assez longue ; la suppuration s'établit assez rapidement ainsi que la formation des croûtes, mais la cicatrisation des ulcérations est lente ; la cicatrice, d'abord violacée,

devient blanchâtre, inégale, réticulée. Dans quelques cas, l'ouverture de la tumeur n'a pas lieu, le pus est résorbé, la peau se recolle et il n'y a pas d'ulcération; la place de l'abcès est alors indiquée par une tache violacée et, plus tard, par une cicatrice peu profonde, mais déprimée et inégale.

« La durée totale de la scrofulide phlegmoneuse est très longue, surtout lorsque l'éruption se fait par poussées successives; on peut voir des malades chez lesquels les abcès se développent ainsi successivement et chez lesquels la maladie se prolonge pendant plusieurs années.

« On ne peut la confondre ni avec les abcès ganglionnaires, ni avec les abcès du tissu cellulaire. Le peu de volume de l'abcès et son siège superficiel suffisent pour le faire distinguer.

« Cette lésion existe souvent en même temps que les autres variétés de scrofulides et que les manifestations de la scrofule ».

Cette description, il nous semble, doit être considérée, comme convenant le plus à l'érythème induré de Bazin, dans sa phase avancée.

En 1888 (1), Besnier fait la communication à la Réunion clinique hebdomadaire des médecins de l'Hôpital Saint-Louis, d'une observation qui se rapproche de

(1) F. BESNIER. — Réunion clinique hebdomadaire des médecins de l'Hôpital Saint-Louis, 29 novembre 1888 (Dans les *A. de D. et S.*, 1889, p. 25).

très près de celle d'un érythème induré, et qu'il intitule : « Erythème noueux chronique des membres inférieurs ». Il considère les nodosités des jambes de sa malade comme « un épiphénomène » de la maladie de Bazin. Il dit qu'on observe exclusivement cette affection chez les jeunes filles mal réglées et que leur profession oblige à stationner longtemps debout. Il nie toute influence de la tuberculose ou de la scrofule.

M. Feulard (1), en 1883, fait la communicaton d'une observation typique d'érythème induré. La jeune fille qui fait l'objet de son observation présente, d'après lui, tous les attributs du tempérament scrofuleux.

La malade présente, en effet, tout ce qu'il y a de plus scrofuleux. Du reste, il fait intervenir l'étiologie scrofuleuse dans ce cas d'érythème induré.

Thibierge (2), dans son *Traité de Médecine*, en parlant de l'érythème induré de Bazin, dit « qu'on le trouve surtout chez les jeunes filles à tempérament *lymphatique* que leur profession oblige à rester longtemps debout, et qu'on peut le distinguer de l'érythème noueux par sa longue durée, par sa localisation et par l'uniformité de ses éléments érythémateux ».

Kaposi (3) croit que les observations rapportées

(1) H. FEULARD. — *A. de D. et S*, 1889.

(2) THIBIERGE. — *Traité de Médecine*, t. II, p. 380.

(3) KAPOSI. — *Leçons sur les maladies de la peau*. Traduction par Besnier et Doyen 1891.

comme nodosités érythémateuses ulcérées étaient des nodosités syphilitiques.

En 1892, Elliot (1) décrit un cas d'érythème induré durant depuis neuf mois. Il avait pour siège les jambes, et, après l'avoir soumis au traitement antisypilitique, Elliot l'a guéri; il pense qu'il s'agit souvent, dans ces cas, de syphilis méconnue.

M. Brocq dans son livre intitulé : *Traitement des maladies de la peau*, fait la description suivante de l'érythème induré de Bazin :

« L'érythème induré des jeunes filles s'observe chez les jeunes filles lymphatiques et il est caractérisé par de larges plaques d'infiltration occupant les jambes d'un rouge vif ou livide ou qui semble être en relation pure et simple avec la fatigue et le surmenage... ». Dans cette description nous ne trouvons que la fatigue et le surmenage, sans aucune indication de scrofule.

En 1893, Colcott Fox (2) a publié un travail sur l'érythème induré, qu'il considère comme une affection en rapport avec la scrofule. Dans quelques-unes de ses observations, l'érythème induré se voit chez des sujets présentant, en outre, un loup.

Crocker (3) a publié, dans le courant de la même année, des observations d'érythème induré chez les deux sexes. Il le considère comme un accident de la scrofule.

(1) Cité par C. Fox, *Jour. of. cut. vener. diseases*.

(2) Fox. — *British J. of Derm.* 1893.

(3) CROCKER. — *Diseases of the skin*, 1893, p. 75.

Dans le courant de la même année (1893), Hutchinson (1) fait paraître un travail de dix-sept observations d'érythème induré. Il considère l'érythème induré comme une affection en rapports étroits avec la scrofule. Il complète la description classique de Bazin de l'érythème induré, en décrivant *la forme ulcéreuse*, qui n'est qu'une phase de l'érythème induré des scrofuleux. Hutchinson propose de donner le nom de *Maladie de Bazin* à cet érythème induré que Bazin a décrit le premier.

En 1894, S. White (2), de Boston, publie un article basé sur quatre cas nouveaux présentant les caractères de la description de l'érythème induré de Bazin. « Sans doute, dit-il, j'ai déjà rencontré beaucoup d'autres cas identiques, mais je les ai considérés comme des anomalies des affections auxquelles ils ressemblaient le plus ». Il considère et traite cette affection comme de nature syphilo-dermique, et le traitement resta sans résultat.

M. Hartzell (3), en 1894, dans un cas d'érythème induré, a pu faire des coupes où il a reconnu les modifications histologiques des lésions tuberculeuses.

(1) HUTCHINSON. — *Archives of Surgery*, 1893.

(2) S. WHITE. — *Journal of cutaneous and venereal diseases*, p. 471, 1893.

(3) HARTZELL. — *Journal of cutaneous and venereal diseases*, p. 492, 1894.

M. J. Galloway (1) publie un cas très douteux d'érythème induré chez un enfant.

En 1896, J. Pringle (2) publie une observation d'érythème induré de Bazin, affectant principalement les bras.

En 1896, Méneau (3) présente à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, un cas de maladie de Bazin, type ulcéré.

Il attribue l'affection présente à « des troubles trophiques » consécutifs à l'érythème induré, sorte de transformation de la scrofulide érythémateuse en scrofulide maligne, due aux progrès de la diathèse dont cette jeune fille présente, d'autre part de multiples manifestations.

Comby (4), dans son *Traité des maladies de l'enfance*, consacre un article à l'érythème induré. Il croit qu'il faut faire intervenir *le lymphatisme ou la scrofule*. « Les malades sont des sujets à chairs molles et flasques, à circulation mal assurée, à lymphatiques dilatés, à ganglions engorgés et volumineux ».

Audry (5) a observé un cas d'érythème induré, en 1897. La recherche du bacille de Koch donna des

(1) J. GALLOWAY. — *British Journal of Derm.*, 1895 p. 221.

(2) J. PRINGLE. — *British Journal of Derm.*, 1896, p. 96.

(3) MÉNEAU. — *J. de Médecine de Bordeaux*, 8 mars 1896.

(4) COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, t. V., p. 482.

(5) AUDRY. — *In* Thèse de J. Truché, Toulouse, 1898.

résultats négatifs, ainsi que l'inoculation aux cobayes qui, sacrifiés, ne présentent aucune trace de tuberculose. Il considère l'érythème induré de Bazin « comme une maladie que l'on peut rattacher non à la scrofule, mais au lymphatisme » ; plus loin, il dit : « Je suis porté à croire qu'il faut se rapprocher de la conception ancienne de Hardy, que l'érythème induré des scrofuleux de Bazin n'est qu'une variété chronique et parfois ulcéreuse de l'érythème noueux ».

En 1898, Leredde (1) communique une observation d'érythème induré (notre IV^e observation) ; il considère qu'elle est en rapport avec la tuberculose.

En 1899, Johnston (2) publie une observation d'érythème induré et granulome nécrotique chez le même sujet (notre V^e observation) ; il considère l'affection comme d'origine tuberculeuse, mais, comme il n'a pas trouvé de bacilles de Koch, il admet l'origine toxique. Il a trouvé, dans ses préparations histologiques, le follicule tuberculeux et des cellules géantes.

Dans le courant de la même année, Thibierge et Ravaut (3) ont publié un travail sur l'érythème induré, accompagné de trois observations typiques (notre I^{re}, II^e et III^e observation). Ils considèrent l'affection comme d'origine tuberculeuse, l'examen histologique et les inoculations l'ont prouvé.

(1) LEREDDE. — *A. de D. et S.*, 1898, p. 823.

(2) JOHNSTON. — *Journal of cutaneous diseases*, juillet 1899, p. 311.

(3) THIBIERGE et RAVAUT. — *A. de D. et S.*, 1899.

En 1899, Jadussohn (1), dans son article des maladies tuberculeuses de la peau, publié dans le *Berliner Klin. Wochenschrift*, dit « qu'en Allemagne cette affection était peu observée, parce qu'elle était souvent confondue avec l'érythème noueux » ; par exemple, Uffelmann, qui admet les rapports de l'érythème noueux avec la tuberculose. Il en rapporte un cas sur les membres inférieurs et sur l'abdomen. Sa réaction locale, sous l'influence de l'ancienneté tuberculeuse de Koch est absolument incontestable, et, d'un autre côté l'examen histologique était en faveur de la tuberculose.

A la Société de Dermatologie de la Grande-Bretagne, Abraham présente (1899) deux cas douteux, et, à ce propos, Galloway et Sorill distinguent deux formes d'érythème : l'une, celle que présente Abraham, caractérisée par l'œdème et l'infiltration inflammatoire, l'autre, celle de Bazin, caractérisée par des nodules avec tendance à l'ulcération.

En 1899 encore, Fournier (2) publie deux observations d'érythème induré (notre VI^e et VII^e observation) ; à ce propos il propose « de comprendre sous le nom de Maladie de Bazin une série de types morbides qui constituent une famille dermatologique naturelle ».

« Trois types, du moins principaux, dit-il, forment cette famille, à savoir :

(1) JADOSSOHN. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1899.

(2) A. FOURNIER. — *A. de D. et S.*, 1899.

« 1^o L'érythème induré des jambes, bien connu depuis Bazin ;

« 2^o Des infiltrations cutanées partielles, susceptibles d'aboutir à l'ulcération (vaguement décrites sous le vieux nom d'*ecthyma strumieux* ou la dénomination récente de tuberculides).

« 3^o Des infiltrations profondes ramassées en tumeurs, généralement dites *gommes scrofuleuses* ».

Dans la Société de Dermatologie et Syphiligraphie de mai 1900, Balzer et Alquier présentent un cas douteux d'érythème induré, caractérisé par une rougeur localisée, reposant sur une peau épaisse, infiltrée, œdématiée ; à ce propos Leredde établit une distinction entre l'érythème induré véritable et cette forme pour laquelle il admet le nom d'*œdème strumieux*, que lui donne Balzer.

En dernier lieu, nous citerons les opinions des différents auteurs, sur l'érythème induré, du dernier Congrès de Dermatologie et Syphiligraphie de Paris de 1900 (1).

C. BOECK (rapporteur). — « Il est établi qu'il existe une série d'affections cutanées qui ont pour règle générale d'affecter une distribution strictement symétrique et qui se présentent si souvent chez des individus tuberculeux qu'il faut nécessairement conclure à l'existence d'un rapport causal entre elles et la tuber-

(1) *A. de D. et S.*, 1900.

culose. Toutefois le bacille de Koch fait défaut dans ces affections, ou ne s'y rencontre que par exception ; inoculés au cobaye, les produits de ces affections ne donnent jamais ou ne donnent qu'exceptionnellement des résultats positifs. Après les injections de tuberculine, ces affections donnent une réaction incontestable.

« Pour expliquer ces faits, discordants d'apparence, on a émis cette hypothèse que le rôle primaire et essentiel dans la genèse de ces affections appartient aux toxines provenant des bacilles qui se développent dans les ganglions et dans les viscères... »

Colcott Fox (rapporteur). — « J'étudierai plus particulièrement la question de l'*acné scrofulosorum* et de l'*érythème induré*.

« Les conditions cliniques dans lesquelles on observe ces affections, leur coexistence fréquente avec d'autres manifestations de la tuberculose, leur structure histologique qui rappelle absolument celle du tissu tuberculeux, le fait qu'on a trouvé dans quelques cas des bacilles et que l'inoculation expérimentale s'est plusieurs fois montré positive, tous ces caractères me donnent la conviction que ces dermatoses sont bien réellement de nature tuberculeuse ».

Darier, à propos de *lichen scrofulosorum*, *lupus pernio*, *lupus érythémateux*, *érythème induré*, *lupus tuberculeux*, *acné cachectiforme*, dit : « Il est très fréquent de voir plusieurs des formes éruptives dont je viens de donner la liste, coexister chez le même

malade. En dehors de ces associations, on observe aussi très souvent des formes de passage entre deux types voisins. Il en résulte que rien n'est plus certain que la relation de parenté étroite qui existe entre les diverses affections que l'on range dans les tuberculides, mais aussi que rien n'est moins facile que d'établir parmi elles une classification précise. Je considère les tentatives de ce genre comme encore prématurées ».

ÉTIOLOGIE

Une notion essentielle domine l'étiologie de cette affection : celle de la tuberculose, mais non de la tuberculose déclarée, menaçante, avec lésions pulmonaires confirmées ou localisations excentriques nettes.

L'érythème induré fait partie de cet ensemble de lésions, que l'on appelle aujourd'hui les *toxi-tuberculides*, cadre trop élastique, jouant un peu le rôle de *caput mortuum*, où s'accumulent sans ordre et au hasard des découvertes et des expériences, un grand nombre de lésions souvent dissemblables (Voir le Congrès de 1900). De ce mélange encore confus, sans notion ni précision, on voit, de temps à autre, une affection se caractériser, se rattacher plus nettement à l'origine bacillaire. Malgré quelques dénégations,

l'érythème induré est de celles-là. Il semble que de toutes les tuberculides elle est la moins hypothétique, et les expériences, les examens anatomo-pathologiques, les inoculations accumulées depuis deux ans font ressortir de plus en plus nette cette notion des liens étroits à la scrofule, à la tuberculose atténuée.

Sans sortir des observations que nous apportons à la fin de notre travail, nous voyons dans l'observation III, un père mort de la tuberculose pulmonaire; dans l'observation IV, la malade a une fille tuberculeuse, son époux est tuberculeux; dans l'observation V, la malade est anémique, à peau pâle, épaisse, grossière et pâteuse, elle a des adénites cervicales très marquées; dans l'observation VI, *une polymortalité infantile*, la malade elle-même fut sujette aux gourmes; dans l'observation VII, la malade est sujette à des engelures, elle a perdu *un frère mort à deux ans, de méningite*; enfin, la malade de M. Carle, qui fait objet de notre VIII^e observation, a eu un loup, toussé fréquemment, a une voix rauque, un catarrhe nasal.

Tout cela doit nous conduire à penser combien les affections antérieures de nos malades ou de leurs proches ont une influence sur la genèse de leur affection cutanée actuelle.

Le terrain et la prédisposition individuelle ne suffisent pas pour expliquer pourquoi la lésion s'est déclarée chez nos malades. Quelle est la cause occasionnelle? On la trouve aussi: c'est surtout la fatigue, la mauvaise nutrition et une hygiène déplorable;

quant à la cause efficiente, comme nous le verrons plus tard, à ne pas en douter, c'est le bacille de Koch ou ses toxines.

En général, l'apparition de l'érythème induré se fait aux jambes, face antéro-externe, mais on le trouve aussi bien sur les autres parties du corps ; ainsi, dans une observation de M. Bazin, il siégeait à la face ; dans l'observation VIII, à la face également ; dans une observation de M. C. Fox, aux oreilles ; dans une observation de M. Pringle, aux bras ; dans une observation de M. Uffelmann, à l'abdomen, etc.

Donc, nous pouvons dire que l'érythème induré peut siéger primitivement partout ; mais, le plus souvent, il siège aux jambes, par suite de la fatigue, de l'insuffisante ou mauvaise circulation et le traumatisme joue probablement un certain rôle.

Les deux sexes sont également exposés à l'érythème induré, mais il semble que c'est plutôt le sexe féminin qui lui paye un plus large tribut ; cependant, les ulcérations érythémateuses siégeant aux jambes, chez l'homme, sont prises souvent pour des ulcérations syphilitiques. A ce propos, C. Fox dit : « J'ai souvent rencontré, occasionnellement, dans les hôpitaux militaires (de Londres), des cas d'érythème ulcéré, où ils sont considérés par les chirurgiens comme de nature syphilitique dépendant d'une syphilis héréditaire ou acquise ».

L'âge où on rencontre le plus fréquemment l'érythème induré semble être de 15 à 26 ans. On peut le trouver également chez des sujets plus jeunes ou plus âgés. Crocker cite un cas chez une dame qui avait

dépassé la cinquantaine ; la malade de notre VIII^e observation est âgée de 49 ans. Enfin Galloway cite un cas chez un enfant.

Les professions qui obligent les malades à rester debout pendant de longues heures (blanchisseuses, soldats, marchands ambulants, etc.), la fatigue jouent évidemment un rôle dans l'apparition de l'érythème induré aux jambes.

Pour finir avec l'étiologie de l'érythème induré, nous terminerons par les paroles suivantes de M. Leredde (1), à propos de ces sujets :

« D'abord les sujets atteints d'érythème induré sont souvent de souche tuberculeuse, ou ont vécu au voisinage immédiat de tuberculeux.

« Personnellement, ils appartiennent le plus souvent à cette catégorie de dystrophiques aux lèvres tuméfiées, aux téguments cyanotiques qui, sous le nom de « lymphatiques », incarnent les derniers vestiges de l'ancienne scrofule et qui, proie facile aux infections cutanées superficielles et bénignes, sont aussi les candidats le plus nettement désignés à l'infection tuberculeuse ».

(1) LEREDDE. — *A. de D. et S.*, 1898. p. 894.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous décrivons l'érythème induré de Bazin dans sa forme la plus commune, c'est-à-dire la phase indurée que Bazin a décrite le premier ; quant à sa phase ulcéreuse, que M. Hutchinson a décrite comme une autre forme de l'érythème de Bazin, nous en ferons mention dans la marche, parce que nous considérons que l'ulcération n'est qu'un degré plus avancé de l'affection.

DÉFINITION

L'érythème induré de Bazin (Maladie de Bazin) est caractérisé par des plaques rouges indurées, le plus souvent spontanément indolentes, d'origine tubercu-

leuse et pouvant siéger sur toutes les parties du corps, mais particulièrement à la face antéro-externe des jambes.

2^o MODES DE DÉBUT DE L'AFFECTION

Le malade s'aperçoit de son affection, soit par une douleur, soit par un fait du hasard qui lui fait découvrir une coloration anormale ou une tumeur sous-cutanée, sur une partie quelconque de son corps.

a) *Début brusque*. — Nous empruntons à M. Leredde (1) la description qu'il fait du début de l'érythème induré.

« L'érythème induré débute très souvent *tout d'un coup*, sans phénomène prémonitoire ; le malade éprouve, en un point quelconque, plus souvent aux membres inférieurs qu'ailleurs, *une douleur intense* ou semblable à une piqûre ou à une brûlure ; à ce moment il ne peut percevoir aucune induration de la peau ni de l'hypoderme, c'est seulement au bout de quelques heures, quelquefois plusieurs jours qu'il constate, au point même où s'est produite la douleur, une tuméfaction limitée, arrondie, facile à percevoir, occupant l'hypoderme ; ordinairement à ce moment il n'y a encore, dans la coloration de la peau, aucun changement et la rougeur n'apparaît qu'au bout de plusieurs jours ».

(1) LEREDDE. — *A. de D. et S.*, 1898.

b) *Début insidieux*. — Dans ce mode de début, le plus fréquent, le malade s'aperçoit de son affection, soit par l'inspection, soit par le palper. Le plus souvent, après une longue station debout, après une fatigue, ses jambes lui causent une sorte de gêne dans ses mouvements; à ce moment, par la palpation, il découvre la ou les tumeurs dont il est porteur.

Quand l'érythème induré siège sur le visage ou autres parties accessibles à la vue du malade, et quand le début est insidieux c'est par la couleur anormale, et puis par la palpation que le malade se reconnaît atteint de l'affection.

30 SYMPTOMES FONCTIONNELS

A. — DOULEUR. — Il faut envisager la douleur aux différentes phases que présente l'érythème induré, c'est-à-dire, au début, dans la période d'état et, enfin, dans la période d'ulcération.

a) *Douleur dans l'érythème au début*. — Comme nous l'avons déjà dit, l'apparition des nodosités est précédée par une sensation de brûlure et des démangeaisons (Leredde), sensation de brûlure (Thibierge et Ravaut), sensation de picotements assez vifs (Carle), sensation de prurit (Fournier).

b) *Douleur dans la période d'état*. — Elle varie suivant le siège et suivant le cas; d'après Fournier,

les nodosités de l'érythème induré sont douloureuses au toucher, voire même par le simple frôlement de la jupe ; par contre, Feulard avance qu'elles ne sont pas douloureuses spontanément ; pour Carle, l'indolence est complète à la palpation ; de son côté, Leredde a constaté que la pression et même, selon C. Fox, la palpation seule peut les réveiller. Donc, d'une façon générale, et pour conclure, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de douleur spontanément et qu'elle est peu accusée à la palpation.

c) *Douleur dans l'érythème induré ulcéré.* — La pression des lésions n'est pas douloureuse, mais la fatigue, les infections secondaires, peuvent provoquer une douleur assez vive et obliger le malade à demander du repos (Feulard).

B. — SENSIBILITÉ, PRURIT. — La sensibilité tégumentaire, dans l'érythème induré, est habituellement normale, mais il peut y avoir une hyperesthésie (Fournier). Le prurit est rare, cependant on peut observer des cas où il existe de légères démangeaisons.

4° SYMPTOMES PHYSIQUES.

A. — INSPECTION. — a) *Couleur.* — La couleur de la peau varie suivant les cas ; celle recouvrant les éléments de l'érythème induré est rouge, puis rouge violacé (Fournier, Leredde, Bazin, Thibierge et

Ravaut), livide (Feulard), rouge pâle (C. Fox), rouge sombre (Audry), la rougeur diminue du centre à la périphérie qui paraît estompée (Carle). Les bords des ulcérations de l'érythème induré sont d'une couleur rouge inflammatoire et taillés à pic (Fournier, C. Fox). A part sa coloration anormale, la peau peut présenter une desquamation épithéliale (Fournier, Feulard), elle pâlit à la pression du doigt (Carle).

b) *Forme et étendue*. — La forme de l'érythème induré est, le plus souvent, circulaire ou ovalaire ; tantôt les limites sont nettes, tantôt elles ne le sont pas du tout, et alors elles finissent peu à peu jusqu'à ce que la couleur de l'érythème vienne se perdre par des dentelures, dans la peau des régions voisines.

L'étendue des plaques érythémateuses est très variable; elle varie depuis l'étendue d'un grain de chènevis ou d'une tête d'épingle jusqu'à celle de la circonférence d'une pièce de cinq francs; on a même cité des placards d'une étendue plus considérable (Feulard).

B. — PALPATION. — *Forme, volume et consistance*. — A la palpation on sent, au-dessous des téguments, des bosselures de volume égal à celui d'un gros pois (Leredde), des nodules pisiformes (C. Fox), des nodosités d'une consistance ferme et du volume d'une petite amande (Thibierge et Ravaut); les nodosités sont grosses et empâtées (Fournier), du volume d'une noisette avec de la rénitence plutôt que de la dureté, avec une fausse fluctuation centrale (Carle). En

général, la palpation avec les deux doigts appliqués sur la tumeur donne lieu à une sensation de rénitence.

5^o MARCHE

D'après tout ce que nous avons vu jusqu'ici, il ressort que l'érythème induré a, le plus souvent, une marche chronique ou reste stationnaire pendant un laps de temps plus ou moins long; quand il évolue vers la guérison, il peut se terminer de deux manières : soit par résorption, soit par l'élimination du contenu de la tumeur au-dehors, c'est-à-dire par une espèce de nécrose de l'élément induré lui-même.

a) Résorption. — Dans la majorité des cas, on voit la tumeur sous-tégumentaire diminuer de volume et de consistance au bout d'un temps variable, suivant le traitement et le repos. Il est vrai, cependant, que cette disparition se fait lentement et, presque toujours, elle demande un temps assez considérable.

Ulcération. — Il arrive un moment, quand les tumeurs de l'érythème induré ne disparaissent pas par résorption ou ne restent pas stationnaires, qu'on les voit prendre une marche assez rapide atteignant le derme de la peau, puis l'épiderme.

La nécrose envahit les différentes couches de la peau et il se produit des ulcérations.

Les ulcérations prennent la forme arrondie ou policylique, plus ou moins profondes, à fond grisâtre

ou rose violacé (Audry); leur bord est taillé en biseau d'un côté et en forme de bourrelet d'un autre (Leredde), parfois recouverts de croûtes rupia-formes (Méneau). A la pression, les lésions ulcérées laissent suinter non pas du pus, mais de la sérosité (Leredde).

6° RÉCIDIVES

Les récidives sont de règle dans l'érythème induré. Il semble que les récidives surviennent aussitôt que le malade se fatigue, qu'il reste debout pendant toute la journée. Donc, toutes les fois que les conditions deviennent les mêmes qu'auparavant, les éléments de l'érythème ne tardent pas à réapparaître.

DIAGNOSTIC

L'érythème induré doit être distingué des autres affections cutanées qui peuvent présenter une symptomatologie se rapprochant de la sienne. Il doit être distingué des :

1) *Gommes syphilitiques*. — Presque tous les auteurs avaient remarqué la grande ressemblance de l'érythème induré avec les gommes syphilitiques, auxquelles l'âge, le siège et le traitement donnent souvent des caractères spéciaux. Aussi, les gommes ont une évolution plus rapide et sont influencées très heureusement par le traitement spécifique ; la peau qui les recouvre ne change pas de couleur jusqu'au moment où la gomme va s'ulcérer. Les gommes se voient plus fréquemment dans l'âge adulte et la vieillesse et leur siège de prédilection est la face antéro-interne du tibia.

La gomme syphilitique ulcérée fournit une suppuration plus abondante que l'érythème induré ulcéré. L'évolution de la gomme est plus rapide, la douleur plus considérable. Le fond est plus grisâtre et revêtu de détritüs organiques. Les bords sont nettement taillés, comme à l'emporte pièce, plus adhérents que dans l'érythème induré ulcéré.

2) *Gommes tuberculeuses*. — Les gommes tuberculeuses ont, elles aussi, beaucoup de ressemblance avec l'érythème induré. Nous empruntons leur diagnostic différentiel à M. Leredde. « L'érythème induré offre cliniquement les plus grandes analogies avec les gommes tuberculeuses, dont la nature microbienne est, depuis de longues années, formellement établie. Comme elles, il débute par une nodosité sous-cutanée, située, le plus souvent, à l'union du derme et de l'hypoderme ; comme elles, il peut persister pendant longtemps à l'état de nodosité dure, sans réaction inflammatoire du derme ; comme elles aussi, il s'accompagne, à un moment donné, d'une rougeur des téguments ; comme les gommes, enfin, l'érythème induré peut s'ulcérer.

« A la vérité, ces caractères communs à l'érythème induré et aux gommes offrent, dans chacune de ces affections, quelques nuances symptomatiques ; ainsi, dans l'érythème induré, la rougeur est plus franche que dans les gommes ; dans ces dernières, elle est souvent livide et elle précède de peu l'ulcération, tandis que, si on en croit la terminologie classique, elle fait partie intégrante de l'érythème induré ;

de plus, les nodosités de l'érythème se terminent, le plus ordinairement, par résorption, tandis que la gomme a une plus grande tendance à suppurer.

« Ces caractères différentiels sont, en somme, peu accusés ».

3) *Erythème noueux*. — Il débute par un état fébrile, toujours absent dans la maladie de Bazin ; par une coloration plus foncée et plus persistante et l'absence de l'induration. L'érythème noueux évolue d'une façon générale, plus rapidement vers la guérison ; à ce sujet Crocker dit : « On distinguera l'érythème induré de l'érythème noueux par son évolution apyrétique, sa longue durée, ses rechutes, son indolence et par le nombre de ses lésions ».

4) *Lupus érythémateux*. — En général il occupe une étendue plus considérable, les ganglions de la région sont presque toujours indurés.

5) *Tuberculose verruqueuse*. — Elle présente des plaques érythémateuses d'une couleur variable, plus atténuée au centre qu'à la périphérie. La douleur de ces placards est plus grande que dans l'érythème induré de Bazin.

6) *Engelures*. — Leur siège, l'époque de leur apparition, le prurit caractéristique, rendent toute erreur impossible.

7) *Sclérodermie en plaques*. — Les plaques sont lisses, blanches et entourées d'une mince bordure violette.

8) *Les nodosités érythémateuses d'origine médicamenteuse.* — Les commémoratifs, la dispersion sans aucun ordre sur tout le corps formeront les bases d'un diagnostic différentiel.

9) *Acnitis de Barthélemy.* — La confusion est presque de règle à la suite d'un simple examen clinique, surtout quand l'érythème induré siège à la face ou aux membres supérieurs; cependant l'acnitis de Barthélemy est caractérisé par le petit volume de ses nodules qui ne dépassent presque jamais la grosseur d'une tête d'épingle, alors que, dans l'érythème induré, les nodosités atteignent un volume plus considérable. A l'examen microscopique, la distinction est très facile, puisque dans l'acnitis les glandes sudoripares et sébacées sont toujours atteintes, tandis qu'elles ne le sont pas dans l'affection que nous étudions, ou tout au moins qu'elles ne le sont que tardivement.

10) *Tubercules innommés de Leredde.* — Ils débutent toujours par les parties profondes du derme et non par l'hypoderme, comme dans l'érythème induré. Dans ce dernier le derme n'est attaqué que secondairement. L'indolence, le nombre des tubercules innommés de Leredde serviront à les différencier des nodosités de l'érythème induré de Bazin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET INOCULATIONS

Sans entrer dans les détails techniques nécessaires pour tout examen histologique, nous décrirons l'état des différentes couches du tégument dans l'érythème induré confirmé, en nous basant sur les descriptions des auteurs.

Epiderme. — D'une façon générale, l'épiderme ne présente pas de grandes modifications dans sa structure ; cependant, dans quelques cas, on peut le voir présenter une légère tendance à la desquamation ou épaissement de la couche cornée (C. Fox) ; le corps de Malpighi est normal, mais on constate la disparition de la couche granuleuse et une légère hyperkératose sans parakératose (Leredde) ; la couche génératrice peut présenter des cellules allongées

et effilées, leur noyau est également allongé (Audry).

Derme. — Les couches superficielles du derme sont peu éprouvées ; les couches profondes, quand l'affection a envahi cette partie du tégument, présentent des modifications du tissu conjonctif et des vaisseaux. Les lésions se localisent autour des groupes glomérulaires. Les tubes glandulaires sont écartés, dissociés ; dans quelques-uns, on constate du sang ou des globules blancs. Les vaisseaux sanguins sont dilatés, épaissis (Leredde, Johnston). Entre les glandes et les vaisseaux se produit une infiltration cellulaire extrêmement serrée d'éléments lymphocytiques à noyaux très colorables ; en quelques points on trouve des cellules géantes (Johnston, Leredde). Le tissu conjonctif présente quelques rares traînées d'un tissu semblant être plus jeune (Paviot) une légère multiplication des cellules fixes interfasciculaires (Leredde). Les altérations de l'épithélium glandulaire sont secondaires, elles sont analogues à la tuméfaction trouble des cellules du rein dans l'exanthème (Johnston).

Hypoderme. — Les principales lésions de l'érythème induré semblent commencer immédiatement au-dessous du derme. En effet, on voit de grandes bandes scléreuses circonscrivant des îlots de tissu ayant de deux à cinq millimètres de diamètre ; ces bandes se rejoignent les unes les autres et semblent lobuler le tissu cellulaire sous-cutané ; de ces bandes

partent de petits prolongements qui pénètrent dans l'intérieur des lobules formant une sorte de cirrhose périlobulaire par rapport au lobule adipeux (Thibierge et Ravaut). Elles sont formées de tissu conjonctif infiltré de nombreuses cellules embryonnaires (Leredde, Thibierge et Ravaut, Paviot). Ces bandes comprennent des vaisseaux qui sont dilatés à paroi épaissie et infiltrée de cellules embryonnaires ; l'infiltration est surtout périvasculaire (Thibierge et Ravaut) ; la paroi des vaisseaux n'a pas bourgeonné, mais les cavités sont remplies par des thrombus vaguement granuleux (Leredde).

Dans l'infiltration on reconnaît facilement des cellules embryonnaires et des cellules géantes (Thibierge et Ravaut, Leredde, Paviot). Donc, la structure de ces bandes scléreuses comprend : du tissu conjonctif contenant des vaisseaux lésés qui sont le centre d'une infiltration plus ou moins étendue et enfin, la présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes.

Quant au tissu compris dans l'espace circonscrit par ces travées fibreuses, il a la structure du tissu adipeux normal, il est remplacé en d'autres par un tissu entièrement différent ; tantôt les cloisons qui séparent chaque lobule adipeux sont infiltrées de leucocytes et sont par cela même plus épaisses, tantôt elles sont complètement modifiées, augmentées de volume à tel point qu'elles semblent, à elles seules former tout le tissu et que, par places, sur des coupes fixées au sublimé, on ne constate qu'une petite cavité claire à contours très nets et qui représente la

place occupée par une vésicule adipeuse (Thibierge et Ravaut).

Les faisceaux musculaires sont semés de cellules embryonnaires, mais la substance musculaire elle-même ne semble pas être altérée (Paviot).

Inoculations. — Nous rappellerons que MM. Thibierge et Ravaut ont eu un succès sur trois inoculations pratiquées au cobaye (Voir notre observation III).

Les deux inoculations faites, par M. Lesieur, dans le laboratoire de M. le professeur Arloing, en empruntant des morceaux enlevés par M. Carle à la malade qui fait objet de notre huitième observations ont été couronnées de succès (Voir l'observation VIII).

Bactériologie. — Les recherches bactériologiques pratiquées sur les lésions de l'érythème induré ont donné dans tous les cas, des résultats négatifs.

PATHOGÉNIE

D'après l'historique que nous avons donné, les opinions émises sur la pathogénie de l'érythème induré peuvent se réduire à cinq groupes :

1° Pour Hardy, l'érythème indurée de Bazin n'est autre chose qu'une forme chronique, apyrétique de l'érythème noueux, cependant il reconnaît, le premier, que l'évolution de l'érythème de Bazin souvent ne s'arrête pas à l'induration ; le processus peut aller plus loin et aboutir à une ulcération.

2° D'après MM. Elliot, Taylor, J. White, l'érythème induré de Bazin doit être considéré comme une affection en rapport, non pas avec la tuberculose, mais avec la syphilis ; en effet, chacun d'eux a eu des cas d'érythème induré analogue à celui décrit par Bazin et qui, soumis au traitement spécifique, ont été améliorés ou guéris. Donc, d'après eux, il s'agit

toujours d'accidents syphilitiques et non d'une affection autonome et d'origine tuberculeuse.

3^o Les opinions de MM. Besnier, Brocq, Pringle et Adamson peuvent constituer un autre groupe dans lequel on rejette toute influence diathésique.

Pour ces auteurs, l'apparition de l'érythème induré est conditionnée par la fatigue, le surmenage et par une profession exigeant une longue station debout.

4^o Dans le quatrième groupe, nous ferons rentrer les opinions émises par Bateman, Audry et Comby. Selon eux au surmenage précoce s'ajoute le lymphatisme. Les porteurs de cette affection sont généralement des jeunes filles déjà grandes, pubères ou sur le point de l'être, « à chairs molles et flasques, à circulation mal assurée, à lymphatiques dilatés, à ganglions engorgés et volumineux » (Comby).

5^o Ce groupe peut être subdivisé en deux classes : dans l'une, la scrofule joue le principal rôle, opinion soutenue par Bazin, Crocker, Feulard, Hutchinson, Méneau ; dans l'autre, c'est la tuberculose atténuée, les tuberculides qui sont incriminées et c'est l'avis de Hartzell, Johnston, Thibierge et Ravaut, Hallopeau, Leredde, Congrès de 1900 de Paris.

DISCUSSION DE CES THÉORIES

Nous ne nous appesantirons pas sur les deux premières théories, car elles n'ont qu'un simple intérêt historique ; en effet, la non-existence des rapports

entre l'érythème induré d'une part, le rhumatisme et la syphilis d'autre part, est, à l'heure actuelle, amplement prouvée et par l'évolution et par l'inefficacité du traitement approprié, comme l'ont montré Colcott Fox et bien d'autres.

Pour ce qui est de la troisième théorie, invoquant la fatigue et la profession, nous sommes loin de nier sa valeur, mais nous sommes persuadés que ces causes n'ont qu'une importance secondaire, parce qu'elles agissent sur un terrain prédisposé.

Par contre, nous ne saurions admettre le lymphatisme ou, plutôt, nous ne pouvons accepter cette théorie telle qu'elle est formulée. En effet, le terme lymphatisme est vague, on ne sait au juste où il commence ni où il finit. De plus, on est loin d'être d'accord sur sa pathogénie et nombre d'hypothèses ont été émises à ce sujet. Dans ces conditions, nous ne saurions accepter, pour étayer une théorie solide de l'érythème induré, une hypothèse qui est loin d'être acceptée par tous les auteurs, alors que nous possédons actuellement assez de faits cliniques et expérimentaux pour expliquer autrement l'érythème induré. Nous en dirons autant de l'opinion de M. Audry (*in* thèse de Truchi, Toulouse, 1898), qui en fait une lésion vasculaire des capillaires d'origine congénitale.

Nous avons divisé notre cinquième groupe en deux classes : d'un côté, la scrofule, de l'autre, la tuberculose atténuée et les tuberculides. Cette distinction qui, avec nos connaissances actuelles, serait superflue, nous la maintiendrons pour marquer

qu'elle répond à deux époques différentes de l'évolution de nos idées sur la tuberculose. La scrofule, actuellement, n'est plus considérée comme une maladie autonome, comme une entité morbide, elle ne représente plus qu'une modalité atténuée de la tuberculose ou de la virulence bacillaire. Telle n'était pas l'opinion des anciens pour lesquels la scrofule était « une dystrophie constitutionnelle dont les manifestations, de nature inflammatoire pour la plupart, occupent les ganglions lymphatiques, la peau, le tissu cellulaire, les tissus ostéo-fibreux et les viscères » (Jaccoud), et c'est seulement dans ce sens que nous rejetons la scrofule. Par contre, nous sommes pleinement d'accord avec ceux qui considèrent l'érythème des scrofuleux de Bazin, comme une affection d'origine tuberculeuse provoquée par le bacille de Koch atténué ou par ses toxines. D'ailleurs, l'étiologie, la marche, l'anatomie pathologique et surtout les inoculations nous ont pleinement confirmé dans l'opinion que nous soutenons.

Il nous reste à voir par quel processus l'érythème induré prend naissance. Mais, avant de décrire la théorie des toxines, nous dirons, en quelques mots, ce qu'on comprend sous le nom de toxines; les toxines sont des substances sécrétées et élaborées par les microbes.

En concentrant les cultures ou en triturant les bacilles de Koch, on obtient un liquide, mélange des différentes substances, qu'on a nommé la lymphe de Koch ou tuberculine. Cette lymphe ne représente

pas les vrais produits solubles ou les substances primaires du bacille de Koch.

Dans ces dernières années, des vues nouvelles ont permis de rattacher à la tuberculose diverses maladies qui, jusqu'alors, en étaient considérées comme distinctes.

Grâce aux travaux de MM. Bouchard et Gautier, qui ont montré que les microbes agissent sur les tissus non directement, mais par l'intermédiaire des agents solubles qu'ils secrètent, nous sommes en droit de supposer qu'un certain nombre d'affections coexistent, chez un malade, avec des lésions diverses qui seront tantôt un lupus, tantôt un érythème, tantôt un acnitis ou une autre forme quelconque de la tuberculose. En dernier lieu il faut faire intervenir la structure complexe de la peau et le mode de réaction de ses différents éléments.

L'opinion courante est que toutes ces affections sont dues à l'action des toxines émanées des foyers bacillaires et transportées, par la circulation, à distance de leur foyer d'origine.

Du reste voici cette théorie (1) :

« Les toxines de la tuberculose peuvent donner lieu, dans le voisinage immédiat de ses nodules, à diverses altérations cutanées dont les caractères varient suivant l'activité du contagion, et aussi suivant le mode de réaction du sujet ; ainsi se développent, soit les tuberculoses vulgaires de la peau, soit

(1) HALLOPEAU. — Des toxines en Dermatologie. A. de D. et S., 1897, p. 866.

les différentes formes de lupus, soit certains folliculitis.

« Les mêmes toxines peuvent pénétrer dans la circulation locale et devenir ainsi la cause de ces *lymphangites ascendantes ulcéreuses*, dont nous avons démontré, avec Goupil et Jeanselme, la nature tuberculeuse ; elles peuvent être transportées plus loin et se traduire par les diverses altérations que nous avons rattachées à la tuberculose cutanée ; telles sont les affections connues sous les noms de *folliclis* (Barthélemy), de *lichen scrofulosorum*, d'*acné des scrofuloux en placards à progression excentrique*, avec ou sans éruptions pemphigoïdes et de dermatoses papulo-érythémateuses qui diffèrent des précédentes par l'absence complète de suppurations folliculaires ».

Cette théorie est très séduisante, et satisfait assez pleinement l'esprit. Du reste, les expériences sont là pour prouver l'action des toxines seules. Les injections de tuberculine ou, mieux encore, de bacilles tuberculeux morts, mais retenant encore leurs toxines ont reproduit des lésions plus ou moins identiques à celles qu'on considère actuellement comme dues au bacille de Koch, c'est-à-dire, aux éruptions exanthémateuses pustuleuses et papuleuses. La concordance des effets nous permet d'accepter la même cause, et si les injections de tuberculine ne produisent pas toujours des lésions caractéristiques, il faut admettre, avec Aucler, que les toxines tuberculeuses ont une composition très complexe, composition qui n'est peut-être pas identiquement repré-

sentée dans la tuberculine de Koch. D'ailleurs plusieurs circonstances concourent à ce que le même agent produise des lésions d'apparence différente. D'une part l'âge est un facteur important, car les réactions ne sont pas les mêmes dans le jeune âge que chez l'adulte ou le vieillard. Telle personne affaiblie par une cause innée ou acquise n'offrira pas la résistance que présentera un sujet vigoureux, à circulation bien assurée et qui n'est porteur d'aucune tare. Nous en dirons autant de l'agent infectieux dont la virulence peut être plus ou moins atténuée.

M. Hallopeau (1) pense que l'érythème induré est provoqué par un bacille qui ressemble beaucoup au bacille de Koch, mais qui en diffère par certaines de ses propriétés. Voici ce qu'il dit, dans son article à propos *des tuberculoses cutanées provoquées par une forme microbienne distincte du bacille vulgaire* :

« *Lupus érythémateux*... il faut mentionner encore la présence de bacilles reconnus récemment par Hardaway, dans un cas qui offrait tous les caractères cliniques du lupus érythémateux typique, observé particulièrement par Kaposi..., sous l'influence de la tuberculine la ressemblance extraordinaire que, d'après MM. Thin et Kaposi, ce lupus peut présenter avec le lupus vulgaire, l'existence, chez un malade d'Audry, de lésions tuberculeuses dans des foyers de lupus érythémateux, alors que

(1) HALLOPEAU. — La tuberculose et les maladies de la peau. *A. de D. et S.* 1896, p. 1016.

d'autres foyers concomitants n'en présentaient pas de traces, et enfin, la très grande fréquence de la tuberculose osseuse chez les sujets atteints de cette dermatose ; cet ensemble de faits nous paraît suffisant pour permettre, malgré les différences de structure et l'insuccès des inoculations, de considérer au moins comme très probable la nature tuberculeuse de cette dermatose ; on peut admettre avec une grande vraisemblance qu'elle est due au développement *de formes élémentaires distinctes du bacille*.

« Et effet, on y cherche en vain ces bacilles lorsqu'il n'existe pas concurremment un *lupus vulgaire* ; la structure des lésions n'est pas celle de la tuberculose bacillaire, leurs inoculations stériles, et cependant la marche des lésions dans les formes circonscrites ne peut s'expliquer que par la prolifération lente d'un agent figuré ; si, comme nous croyons l'avoir établi, il s'agit d'une tuberculose, nous sommes conduit à l'interprétation que nous venons de formuler.

« *On conçoit que cette forme distincte de la bacilllose engendre des toxines également distinctes de celles des tubercules vulgaires*. Ces toxines donnent lieu aux érythèmes, aux suppurations folliculaires et, quand elles pénètrent dans la circulation générale, loin de leurs foyers d'origine, elles donnent naissance aux lésions disséminées, disparaissant sans laisser de traces de la forme généralisée qu'à décrite Kaposi... »

Telles sont les théories des toxines bacillaires. Il semble que la théorie d'un bacille différent de celui de Koch n'est pas, pour le moment, suffisamment

démontrée, quoiqu'elle réponde assez bien à la question.

Enfin, nous donnons ci-après l'exposé d'une troisième théorie bacillaire défendue par M. Darier au Congrès de 1900, de Paris.

Après avoir passé en revue les principales théories de tuberculides, M. Darier conclut ainsi : « Reste l'hypothèse selon laquelle *les tuberculides résulteraient d'embolies de bacilles atténués et très peu virulents, arrivés à la peau par la voie sanguine et succombant rapidement dans leur lutte contre la réaction phagocytaire ou bactéricide des tissus envahis*. Les tuberculides ne seraient, dans ce cas, que des tuberculoses cutanées d'origine sanguine bacillaire, pendant un temps plus ou moins court, puis inhabitées dans la suite. »

Pour terminer avec la pathogénie de l'érythème induré, nous rapportons les paroles de M. Darier au Congrès de 1900, à propos de la discussion soulevée pour la pathogénie des tuberculides, qui résument très complètement les idées actuelles de presque tous les auteurs sur les toxines et les infections tuberculeuses de la peau, question qui était très obscure jusqu'à l'heure actuelle (1).

« ... La recherche des bacilles de Koch dans les lésions des tuberculides a donné presque exclusivement des résultats négatifs. Mais on sait le soin et la patience qu'exige cette recherche, puisque Koch

(1) *Annales de D. et S.*, août-septembre 1900.

lui-même n'a trouvé de bacilles dans le lupus tuberculeux, qu'après l'examen de 30 à 40 coupes.

« Les inoculations à l'animal réactif de la tuberculose, c'est-à-dire au cobaye, ont montré presque toujours l'absence de pouvoir infectant des tuberculides. Les conditions d'âge des lésions, de quantité de tissu inoculé doivent être prises en considération, et les tentatives de ce genre ne sauraient être trop multipliées.

« En effet, pour certaines formes qui ont plus spécialement attiré l'attention, on peut, en regard des échecs habituels, citer quelques résultats positifs. C'est ainsi que, dans le *lichen scrofulosorum*, Jacobi, puis Haushalter, Pellizariet Wolff, ont réussi à trouver des bacilles et ont obtenu, par l'inoculation, la démonstration du pouvoir infectant de ces bacilles. Dans l'*érythème induré de Bazin*, Thibierge et Ravaut n'ont pas trouvé de bacilles, mais dans un cas sur trois ils ont réussi l'inoculation à l'animal.

« Quant à l'effet des injections de tuberculine aux porteurs de tuberculides, on en peut dire seulement que la réaction locale, régulière et constante fait défaut.

« Les lésions des tuberculides ne sont pas d'une modalité uniforme ; les analyses qui en ont été faites, montrent qu'on peut les classer en une série continue qui réunit par degrés insensibles deux types en apparence opposés que je désignerai par A et B.

« Dans le type A (auquel appartient le plus souvent le *lichen scrofulosorum*, l'acnitis, le lupus nodulaire disseminé) il y a néoformation dans le derme d'un

tissu tuberculeux caractéristique, avec cellules géantes nombreuses, cellules épithélioïdes, cellules lymphoïdes ou plasmatiques, ces éléments affectant un groupement nodulaire ou folliculaire et ayant une tendance à subir la dégénérescence caséeuse.

« Dans le type B (lupus érythémateux et ses variétés, folliclis, etc), les lésions consistent essentiellement en traînées de cellules rondes ou plasmatiques autour des vaisseaux du derme en altérations vasculaires avec dilatation ou au contraire, rétrécissement et même oblitération de leur calibre, en production de foyers nécrotiques plus ou moins étendus.

« La preuve que ces deux types de lésions A et B, ne diffèrent pas fondamentalement, malgré l'apparence, est fournie par leur association dans certains cas et par les résultats variables que donne l'examen histologique dans une même forme clinique. Dans quelques lupus érythémateux, affection dont la structure histologique appartient presque toujours au type B, Audry et Leredde ont noté la présence de nodules du type A. Il en est de même de l'érythème induré de Bazin, et l'on n'a qu'à comparer, à ce point de vue, les résultats obtenus par Leredde, et ceux de Thibierge et Ravaut.

« Les données étiologiques, cliniques, histologiques et expérimentales que je viens de rappeler, sont insuffisantes pour attribuer aux tuberculides une pathogénie scientifiquement établie.

« On est réduit, sur ce terrain, à des hypothèses plus ou moins plausibles.

« *a*) L'hypothèse qui invoque l'intervention de microbes inconnus différents du bacille de Koch, mais qui exigeraient pour leur développement un terrain bacillisé d'autre part, n'a aucune preuve à son actif et est contredite par les résultats unanimement négatifs des recherches dirigées dans ce sens.

« *b*) L'hypothèse que consacre le nom de toxi-tuberculides, proposé pour les affections que nous étudions, hypothèse qui rattache leur apparition à l'action des toxines sécrétées par le bacille de Koch, est une vue de l'esprit assez ingénieuse. Pour les uns, les toxines agiraient localement sur le point du tégument où siège l'éruption ; pour d'autres, les toxines en question influenceraient certains centres vaso-moteurs dont la lésion provoquerait une éruption trophique.

« Je ne veux faire à cette manière de voir qu'un seul reproche : c'est qu'elle n'explique aucunement les faits exceptionnels, mais certains, dans lesquels on a constaté la présence du bacille de Koch ou l'infectiosité des lésions.

« *c*) Reste l'hypothèse selon laquelle les tuberculides résulteraient d'embolies de bacilles atténués et très peu virulents, arrivés à la peau par la voie sanguine, et succombant rapidement dans leur lutte contre la réaction phagocytaire ou bactéricide des tissus envahis. Les tuberculides ne seraient, dans ce cas, que des tuberculoses cutanées d'origine sanguine, bacillaire, pendant un temps plus ou moins court, puis inhabitées dans la suite.

« Cette manière de voir explique d'une manière satisfaisante tous les faits connus et, notamment, la

présence accidentelle de bacilles; elle fait prévoir que les résultats positifs se multiplieront avec le nombre des recherches. Elle n'est pas en contradiction avec les notions de la pathologie sur les lésions bacillaires dont on sait que, dans d'autres tissus que la peau, dans le tissu ganglionnaire et osseux par exemple, elles peuvent guérir spontanément, ne pas renfermer de bacille démontrable, ne pas être inoculables.

« Il faut, cependant, reconnaître que cette théorie n'est, pour le moment, qu'hypothétique et réclame de nouvelles recherches qui pourront la confirmer ou la renverser ».

PRONOSTIC

En présence de cette lésion nous devons prévenir le malade de la marche probable de la lésion et aussi lui laisser entendre quelle hygiène il aura désormais à suivre, étant donné l'origine bacillaire de l'affection.

Le malade en est à la période d'état, porteur d'une induration hypodermique décelée extérieurement par un érythème. On doit prévoir l'ulcération possible, l'annoncer et inciter, de par ce fait, le malade à un traitement immédiat. Lui promettre une guérison complète sera exagéré, quel que soit le traitement (pointes de feu, curetage, application vésicante ou caustique, etc.), il est fort probable qu'une cicatrice restera, qu'il est du devoir du médecin de réduire au minimum. Cette considération esthétique, secondaire souvent, puisque l'érythème siège aux jambes, devient importante quand il se trouve à la face.

Le pronostic est bénin, en somme, parce que la guérison est certaine, mais il est mitigé par la perspective d'une cicatrice blanchâtre ou d'une ulcération.

On doit aussi prévoir la récurrence, annoncer au malade qu'il peut voir grossir la tumeur disparue ou enlevée et l'engager, en même temps, à ne pas s'attarder, dans ce cas, à des soins illusoires, mais de venir se faire examiner de nouveau.

Enfin, il faut aussi songer que l'érythème induré tient à la tuberculose, de loin il est vrai. C'est une petite menace, suffisante pour engager le malade à se surveiller, éviter les rhumes et les bronchites, à prendre de l'huile de foie de morue, de la liqueur de Fowler et du biphosphate de chaux; à plus forte raison si l'examen des organes est positif, comme on en a vu de nombreux exemples, montrer l'existence concomitante d'autres lésions tuberculeuses plus affirmées et plus menaçantes.

TRAITEMENT

Nous devons le considérer à plusieurs points de vue.

Dans un premier cas, le malade est porteur d'une lésion type d'érythème induré, nettement hypodermique et sans menace d'ulcération. Avant ces deux dernières années, il semble que les auteurs aient systématiquement traité ces affections par des reconstituants et une hygiène appropriée ; quelques cas, fort rares, ont été traités simplement par l'iodure de potassium ; Elliot, Taylor l'ont fait et avec succès. D'ailleurs ceci dépendait de l'idée qu'ils se faisaient de son origine spécifique. Y a-t-il là erreur de diagnostic, comme semble le croire C. Fox ou simplement coïncidence ? En tout cas, M. Audry a eu récemment un succès par cette méthode.

D'autres donnaient des fortifiants ; Fournier

conseillait l'iodure de fer, les amers (gentiane de préférence), les bains, le tout combiné à des pansements par occlusion ; d'autres l'huile de foie de morue ; d'autres, enfin, insistaient plutôt sur les soins hygiéniques, une bonne nourriture et le changement de profession, du repos, etc.

Il est certain que, même avec les idées actuelles, tout ceci est excellent. De par le simple fait de la reconstitution organique, une lésion bacillaire, surtout légère comme celle qui nous occupe, peut rétrocéder au moins partiellement. Mais ce résultat est moins sûr, ou bien difficile à obtenir sans le traitement local, comme il est appliqué pour toutes les lésions tuberculeuses possibles. Celui-ci a été compris de diverses façons. J. Crocker conseillait les cautérisations au nitrate d'argent, les frictions au liniment camphré. Hutchinson s'est bien trouvé de la pommade de turbith minéral. MM. Audry, Perrin ont eu de bons résultats avec la teinture d'iode. Leredde applique des emplâtres salicylés ou de la traumaticine au 1/20, le tout indépendamment du traitement général.

Ceci peut suffire, évidemment. En présence d'une lésion encore profonde, peu étendue, rien ne presse et on est en droit d'essayer de légers topiques, qui, s'ils ne diminuent pas la lésion, ne laisseront pas de traces. Mais, le plus souvent, ceux-ci sont insuffisants ; si, au bout de quelques jours ou trois semaines, la rétrocession n'a pas lieu, au moins en partie, on doit recourir à une pratique plus efficace : celle des pointes de feu. Ceci est le traitement véritablement

rationnel. Aussi est-il, le plus souvent, appliqué, depuis que la nature bacillaire de l'érythème induré apparaît de plus en plus démontrée.

M. Thibierge conseille de cautériser les plaques avec une pointe de galvano-cautère. Les piqûres doivent être profondes, surtout dans la partie centrale; elles doivent s'enfoncer jusque dans l'épaisseur même de la masse indurée de l'hypoderme, à petite distance les unes des autres et cela à plusieurs reprises dans chacune d'elles. Après ces pointes de feu profondes, on doit compléter la cautérisation par une série de pointes de feu plus superficielles, dermiques, dépassant les limites de l'induration partout où se trouve la rougeur. Une poudre quelconque, de l'aristol par exemple, et un pansement légèrement compressif compléteront le traitement, lequel sera renouvelé 8 jours après jusqu'à disparition de la tumeur.

On peut enfin essayer, comme l'a fait M. Carle, d'enlever d'un coup toute la masse indurée. Et ceci n'a rien d'irrationnel, quand la tumeur est bien délimitée, qu'elle forme comme une petite masse fongueuse sous-cutanée, qu'elle a résisté aux traitements plus simples, enfin lorsqu'on a affaire à un malade auquel sa profession empêche de prendre le repos nécessaire. Il est bien plus simple alors de faire une incision au bistouri suffisante pour aborder la lésion, comme on le ferait pour une tumeur quelconque, et de l'enlever. On peut enlever la masse centrale au bistouri ou aux ciseaux courbes et employer la curette pour racler les petits prolongements et les parois de la cavité ainsi créée dont l'état est évidemment dou-

teux. Léger lavage et suture, comme dans le cas de M. Carle, où la réunion s'est faite en 4 jours. La malade est sortie de l'hôpital 11 jours après l'opération n'ayant, outre une petite cicatrice linéaire, qu'une légère rougeur disparaissant de jour en jour. On évite de cette façon plusieurs semaines de traitement, des pointes de feu nombreuses et la possibilité d'une ulcération, toutes choses bien à considérer, même au prix d'une petite opération. Celle-ci laisse, il est vrai, une petite cicatrice linéaire. Cela est-il moins esthétique que la large cicatrice due aux pointes de feu? Voilà la question à poser au malade et qu'il doit résoudre. Cependant, pour la face, on peut hésiter, mais cela n'a que peu de valeur quand il s'agit des jambes. La malade de M. Carle, qui a été traitée des deux façons, n'hésite pas à préférer les résultats de la seconde intervention à ceux de la première, les pointes de feu lui ayant laissé sur la joue gauche une large cicatrice blanchâtre. De plus les récidives deviennent de beaucoup plus rares, au moins *in situ*. *Sublata causa, tollitur effectus*.

A la période d'ulcération on doit la traiter comme toute lésion du même genre : pommades cautérisantes, électro-cautère, nettoyages soigneux, au besoin un coup de curette suivi de cautérisation suivant l'extension de l'ulcère et sa marche.

Enfin, l'érythème étant guéri, on doit songer à l'état général qui constitue en même temps l'état causal et faire un traitement qui sera à la fois pathogénique et prophylactique ; une hygiène sévère, le repos autant

que possible quand l'érythème siège à la jambe ; le fer, l'arsenic, l'iode et l'huile de foie de morue en formeront les bases. Les bains de mer ou la montagne quand les conditions sociales le permettront.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

De MM. THIBIERGE et ROVAUT (1).

ERYTHÈME INDURÉ NON ULCÉRÉ DES DEUX MEMBRES INFÉRIEURS.

Marie R..., 22 ans, entrée le 23 mars 1898, à l'hôpital de la Pitié. Est atteinte, depuis trois mois ou quatre, de lésions cutanées des membres inférieurs ; aux deux jambes, plusieurs nodosités du volume d'un gros pois, saillantes, de coloration rouge, de consistance ferme, qui ne se sont pas modifiées depuis plusieurs semaines.

Sur le dos du pied gauche, une plaque d'infiltration, de deux travers de doigt de large sur trois de long, à contour un peu irrégulier, de coloration rouge violacé, ayant débuté en même temps que les lésions des jambes.

Biopsie. — Après anesthésie à la cocaïne, la tumeur de la

(1) A. de D. et S., 1899, p. 516.

partie postérieure du mollet est enlevée; une incision rectiligne de un centimètre et demi est faite à la peau; on tombe dans le tissu cellulaire sous-cutané et, avec le doigt introduit dans cette boutonnière, on sent parfaitement la tumeur plus résistante que le tissu qui l'environne, formant un noyau assez bien limité. Ce noyau n'est pas adhérent à la peau, mais il adhère au tissu cellulaire qui l'entoure et dont il est impossible de l'énucléer; en l'arrachant, en coupant au bistouri ses adhérences, on le sépare du tissu cellulaire; cette biopsie permet de constater que la tumeur siège bien dans le tissu cellulaire sous-cutané et n'a aucune connexion avec la peau. La plaie est suturée et réunie par première intention.

Macroscopiquement, ce noyau ainsi isolé ne se distingue du tissu cellulaire voisin que par sa consistance plus ferme; extérieurement sa couleur est celle du tissu cellulo-graisseux normal, couleur jaune clair due principalement à la présence de la graisse. A la coupe, il s'en écoule un liquide huileux et le parenchyme qui forme cette tumeur est grisâtre, beaucoup plus pâle que le tissu périphérique, et on constate que des bandes plus claires, d'aspect scléreux, parcourent dans tous les sens la tumeur, circonscrivant des portions de tissu et formant ainsi des sortes de lobules.

Cette pièce fut divisée en trois portions destinées à être fixées par trois réactifs différents : le sublimé acide, l'alcool, et l'acide osmique, puis incluse à la paraffine.

Examen histologique. — A un faible grossissement on constate que les grandes bandes scléreuses, qu'il était facile de voir sur la pièce avant l'inclusion, circonscrivent des filots de tissu ayant de deux à cinq millimètres de diamètre; ces bandes se rejoignent les unes les autres et semblent lobuler le tissu cellulaire sous-dermique; de ces bandes partent de petits prolongements qui pénètrent dans l'intérieur des lobules, formant une sorte de cirrhose périlobulaire par rapport au lobule adipeux ou au tissu qui forme la tumeur.

Celle-ci semble donc formée de deux éléments différents : l'un constitué par ces grandes bandes scléreuses, l'autre par le tissu entouré par celles-ci et qui figure leur contenu.

Si on étudie, à un plus fort grossissement, la structure de ces bandes, on voit que la partie fondamentale est formée par du tissu conjonctif avec, en certains points, des amas d'éléments embryonnaires centrés par un vaisseau plus ou moins altéré. Ce vaisseau semble avoir été le point de départ de la lésion ; en effet, tous les vaisseaux sont lésés, mais à des degrés différents ; sur certains, on voit une simple prolifération endothéliale, sur d'autres un épaissement des tuniques vasculaires, une infiltration embryonnaire péri-vasculaire s'étendant parfois assez loin du vaisseau, mais dont l'intensité décroît au fur et à mesure qu'on s'en éloigne enfin de certains vaisseaux il ne reste plus qu'une ébauche, l'endothélium ayant proliféré et rempli la lumière, les parois s'étant épaissies et infiltrées de leucocytes ainsi que la périphérie ; l'on ne voit plus qu'un amas de cellules disposées concentriquement et qui représentent les derniers vestiges des vaisseaux. La consistance et l'intensité des lésions vasculaires montrent que les vaisseaux ont joué un grand rôle dans la production, si même ils n'en ont pas été le point de départ ; à elle seule la présence d'éléments embryonnaires à leur périphérie permettrait de faire cette hypothèse. Mais, si ces lésions vasculaires, si la présence d'amas embryonnaires font présager l'origine inflammatoire de la tumeur, elles ne renseignent en rien sur sa nature et si on suit sur toute leur étendue ces bandes scléreuses, on trouve en quelques points, soit au contact des vaisseaux, soit mêlées aux éléments embryonnaires qui les entourent, de grandes cellules contenant huit à dix noyaux et qui ont tous les caractères des cellules géantes ; en outre de très nombreuses cellules épithéliales sont disséminées çà et là dans tout le corps de la tumeur. Nous pouvons donc résumer ainsi qu'il suit la structure de ces bandes : tissu conjonctif contenant des vaisseaux lésés qui sont le centre d'une inflammation plus ou

moins étendue et, enfin, présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes.

Quant au tissu compris dans l'espace circonscrit par ces travées fibreuses, nous voyons, à l'aide des préparations fixées à l'acide osmique, que si, en certains points, il a la structure du tissu adipeux normal, il est remplacé, en d'autres, par un tissu entièrement différent, tantôt les cloisons qui séparent chaque lobule adipeux sont infiltrées de leucocytes et sont, par cela même, plus épaisses ; tantôt elles sont complètement modifiées, augmentées de volume à tel point qu'elles semblent, à elles seules, former tout le tissu et que, par places, sur des coupes fixées au sublimé ou à l'alcool, on ne constate qu'une petite cavité claire à contours très nets et qui représente la place occupée par une vésicule adipeuse. Ce tissu, qui a ainsi envahi et remplacé les éléments adipeux, se colore uniformément par l'éosine ; on y rencontre en certains points des éléments embryonnaires, en d'autres des granulations protéiques ; il y a, là, semble-t-il, tous les stades d'une inflammation ayant évolué assez rapidement puisqu'on peut suivre toutes les étapes depuis l'infiltration embryonnaire jusqu'à la dégénération granuleuse, jusqu'à la nécrose. Telles sont les principales lésions que nous révélait l'examen histologique.

Examen bactériologique. — D'autres coupes ont été colorées suivant la méthode de Ziehl, et, sur environ 25 que nous avons examinées, il nous a été impossible de voir des bacilles de Koch, ni dans les cellules géantes, ni dans un point quelconque de la coupe.

OBSERVATION II

(De MM. THIBIERGE et RAVAUT).

ÉRYTHÈME INDURÉ NON ULCÉRÉ À ÉLÉMENTS PEU NOMBREUX,
OCCUPANT LES MEMBRES INFÉRIEURS.

Mlle B..., âgée de 24 ans, d'origine brésilienne, entre à l'hôpital de la Pitié, le 27 avril 1897.

Antécédents personnels. — A toujours eu, à l'exception d'attaques, assez fréquentes, de nerfs, une bonne santé. N'a jamais eu d'éruptions cutanées, jamais aucune des manifestations dites scrofuleuses. Jamais aucune maladie aiguë.

Réglée à 11 ans et demi; règles irrégulières et douloureuses.

Depuis deux ans, époque où des revers de fortune ont modifié sa position, elle est obligée de se livrer aux soins du ménage, et passe chaque jour de longues heures debout.

Etat actuel. — A la partie supérieure du mollet gauche, on voit une plaque rouge, légèrement saillante, de forme allongée; à la palpation on constate une infiltration siégeant immédiatement au-dessous de la peau et constituée par une nodosité dure, nettement limitée, allongée verticalement, mesurant environ le volume d'une petite amande.

A la partie externe de la cuisse droite, à 10 centimètres au-dessus du grand trochanter, existe une nodosité un peu moins volumineuse, présentant les mêmes caractères que la précédente.

La nodosité du mollet gauche a débuté il y a trois mois; la malade a éprouvé une sensation de tension dans le mollet, survenue progressivement; au bout de quinze jours, elle y a

remarqué le développement d'une tuméfaction qui est devenue rouge ultérieurement.

La lésion de la cuisse droite remonte à quatre jours seulement ; la malade a ressenti tout à coup une sensation de brûlure au niveau de la peau et, au bout de deux jours, elle a constaté la présence d'une tuméfaction rouge qui a augmenté jusqu'à son entrée.

Aucune lésion viscérale.

Faciès anémique ; un peu de tuméfaction des lèvres ; pas d'adénopathies en aucune région du corps.

Les deux nodosités sont enlevées quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital.

14 juin 1899. — Nous revoyons de nouveau la malade. Elle éprouve encore, dans les deux membres inférieurs, des douleurs qu'elle n'avait jamais ressenties avant d'être atteinte d'érythème induré, douleurs qui sont surtout prononcées dans les temps humides ; la marche est moins facile qu'auparavant. Il ne s'est pas développé de nouvelles lésions cutanées, aucun trouble viscéral pouvant être mis sur le compte de la tuberculose.

Biopsie. — La tumeur enlevée est celle de la partie postérieure et supérieure de la cuisse ; elle présente les mêmes caractères que la première ; mais, pour élucider histologiquement l'état de la peau, un morceau de celle-ci fut enlevé avec la tumeur ; l'ablation se fit dans les mêmes conditions ; il fallut encore recourir au toucher pour reconnaître, perdue dans le tissu cellulaire, la tumeur qu'il était impossible de distinguer à la simple vue ; seule, sa consistance, plus dure, permettait de la distinguer.

Comme pour le premier cas, la pièce fut fixée par trois réactifs différents : sublimé acide, alcool et acide osmique ; de plus, un morceau fut inoculé à un cobaye, malheureusement, quelques jours après l'inoculation, l'animal fut égaré.

Examen histologique. — Au point de vue histologique, les lésions constatées sont absolument les mêmes que dans le premier cas ; la peau ne présente aucune lésion, pas la moindre trace d'inflammation ; les lésions commencent au niveau des couches les plus inférieures du derme ; ce sont tout d'abord des lésions inflammatoires ; on constate, autour de quelques vaisseaux, de quelques canaux excréteurs des glandes sudoripares, une légère infiltration embryonnaire bien limitée, puis, au-dessous, dans le tissu cellulaire sous-cutané, commencent les lésions ressemblant identiquement à celles que nous avons décrites dans le premier cas ; elles sont même plus évidentes encore, les cellules géantes étant très nombreuses, mais ce sont les mêmes lésions vasculaires les mêmes lésions du tissu adipeux.

L'examen bactériologique a porté sur une quinzaine de coupes colorées par la méthode de Ziehl sans qu'il nous ait été possible de déceler le moindre bacille de Koch.

OBSERVATION III

(De MM. THIBIERGE et RAVAUT.)

ERYTHÈME INDURÉ DES MEMBRES INFÉRIEURS A ÉLÉMENTS TRÈS NOMBREUX DONT QUELQUES-UNS SONT ULCÉRÉS ; CICATRICES DES FESSES PRÉSENTANT L'ASPECT DES CICATRICES DE TUBERCULIDES NÉCROTIQUES ; ASPHYXIE DES EXTRÉMITÉS ; TUBERCULOSE D'UNE PHALANGE.

D..., Valérie, âgée de 15 ans, entrée le 17 décembre 1898, à l'hôpital de la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire ; mère bien portante ; a eu six enfants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans. Variole à 10 ans, avec anasarque; depuis cette époque, a toujours été souffrante. Habitant la campagne depuis trois ans et demi; au mois d'août, elle est revenue à Paris et a été placée dans une place où elle avait peu de travail.

Ses règles, qui étaient apparues pour la première fois en mai, se sont arrêtées au mois d'août, pour reparaître trois mois plus tard.

Les lésions cutanées, pour lesquelles elle entre à l'hôpital, ont débuté, dit-elle, au mois de septembre ou d'octobre dernier, mais elle ne peut donner de renseignements précis à leur sujet.

Etat actuel. — *Jambe gauche.* — Dans toute la moitié inférieure et postérieure, on voit une série de taches rouges de coloration tirant un peu sur le brun et légèrement violacées. Ces taches, de dimensions inégales, mesurent environ 5 à 6 millimètres, ont des contours mal délimités et sont légèrement saillantes. Leur coloration disparaît presque complètement à la compression et il reste seulement un fond jaune-brun pâle.

A la palpation, chacune de ces taches correspond à une nodosité profonde dermo-hypodermique, de forme arrondie et de dimension au moins égale à celle de la tache.

Sur les parties latérales, les nodosités sont moins nombreuses; sur la partie antérieure, elles sont presque complètement défaut.

Sur la face interne, les nodosités semblent en voie de régression; leur coloration est moins prononcée; autour de la tache rouge, on voit une zone dont la coloration rappelle celle des ecchymoses. En outre, l'épiderme, par places, est en voie de desquamation assez prononcée.

Sur le pourtour de la jambe, on constate de 60 à 70 taches.

Pied gauche. — Sur la face dorsale, on voit une série de taches rouges rosées, moins larges que celles de la jambe et

au niveau desquelles on ne perçoit plus une infiltration aussi accusée.

Des éléments semblables à ceux du dos du pied s'observent en assez grand nombre sur les malléoles.

Jambe droite. — Les lésions sont analogues à celles du côté gauche, mais en moins grand nombre ; elles remontent cependant à un niveau plus élevé.

On voit, en outre, deux ulcérations. Une des ulcérations, occupant la partie externe du mollet, a une forme presque régulièrement arrondie et mesure 22 millimètres de diamètre ; les bords sont régulièrement taillés en talus, sans décollement ni renversement ; le fond, de coloration rouge, à grosses granulations, est recouvert d'un enduit jaunâtre ; le pourtour de l'ulcération, de coloration rouge assez intense, est le siège d'une infiltration très prononcée. Plus bas, et au voisinage du tendon d'Achille, une autre ulcération arrondie, mesurant de 7 à 8 millimètres, reposant sur une base rouge et infiltrée, laquelle mesure 2 centimètres environ ; les bords sont moins nettement taillés, un peu plus inclinés et, dans toute la partie inférieure, décollés sur une étendue de 1 à 2 millimètres ; le fond est irrégulier, parsemé de grosses granulations inégales, couvertes d'un enduit jaunâtre.

Pied droit. — Les lésions du dos du pied présentent la même disposition et les mêmes caractères que du côté gauche.

Cuisses. — On n'y constate aucune lésion apparente.

Fesses. — Sur les fesses, on voit de nombreuses cicatrices, jusque dans la région trochantérienne, de coloration rouge légèrement violacée, de forme allongée ou arrondie et mesurant 3 ou 4 millimètres de large. Quelques-unes présentent une petite croutelle ou squame central ; déprimées à leur centre, elles ont l'aspect d'une cicatrice vaccinale très petite et très superficielle ; les cicatrices rappellent assez celles qui succèdent aux tuberculides nécrotiques.

Il n'y a nulle part, sur les fesses, de nodosités rappelant celles des jambes.

Nulle part on ne trouve de trace de *lichen scrofulosorum*.

Main. — Sur le dos des mains, la peau a une coloration rouge, violacée, par plaques irrégulières ; elle est infiltrée, mollasse, mais ne conserve pas l'empreinte des doigts.

Sur les doigts, elle a une coloration rouge violacée, est infiltrée et forme par places des noyaux diffus analogues à ce que l'on voit dans la forme acro-asphyxique de la lèpre.

En outre, à droite, sur l'articulation phalango-phalangienne du médius et des deux articulations phalangiennes de l'auriculaire, des croûtes brunes reposant sur une zone rouge, violacée, et légèrement desquamante. Au-dessous, une surface en voie de réparation est déprimée. Sur la première phalange de l'index gauche une croûte épaisse et analogue.

A gauche, sur l'articulation phalango-phalangienne du médius, une ulcération de 15 millimètres environ avec croûte brunâtre.

Sur l'articulation phalango-phalangienne de l'auriculaire une ulcération semblable.

Sur plusieurs doigts, des cicatrices irrégulières de forme et de surface déprimées et larges de 15 millimètres environ.

Le visage présente le facies dit scrofuleux : les joues et le nez sont rouges, légèrement cyanotiques, les téguments, surtout ceux du nez et des lèvres, sont infiltrés.

On trouve, sous l'angle du maxillaire du côté droit, un ganglion résistant, du volume d'une noisette.

Pas de lésions pulmonaires appréciables.

La malade séjourne à l'hôpital pendant deux mois ; les lésions cutanées s'améliorent considérablement. L'ulcération qui n'a pas été excisée se répare complètement. La cicatrisation des lésions biopsiées se fait avec une certaine lenteur.

Elle rentre, le 13 avril 1899, avec des lésions du médius gauche, tuméfaction diffuse avec fistule d'origine osseuse.

Les lésions cutanées anciennes sont remplacées par des

macules d'un rouge violacé pâle, au niveau de quelques-unes desquelles on perçoit de légères nodosités. Les lésions des fesses ne se sont pas modifiées.

Il y a un mois, l'adénopathie sous-angulo-maxillaire a augmenté de volume et s'est ouverte spontanément, donnant lieu à un écoulement de sérosité louche ; l'ouverture est fermée depuis quinze jours ; actuellement encore on sent un ganglion allongé verticalement qui roule sous le doigt.

Les mains sont toujours cyanosées.

Biopsie. — Des fragments furent prélevés en deux endroits différents, l'un au niveau d'une tumeur sous-cutanée, l'autre au niveau d'une ulcération. Comme dans les cas précédents, il était facile de sentir sous la peau les noyaux indurés formés par la tumeur ; cependant, au niveau de celle qui était ulcérée, les limites entre la tumeur et le tissu voisin étaient moins nettes.

De même que pour les cas précédents, ces fragments furent fixés à l'alcool et au sublimé acide, et enfin, cette fois-ci, nous pûmes faire des inoculations dont on retrouvera les résultats plus loin.

Examen histologique. — Les lésions sont les mêmes que dans les cas précédents ; même disposition lobulée du tissu cellulaire sous-cutané ; mêmes lésions vasculaires ; même infiltration embryonnaire ; même présence de cellules géantes et épithélioïdes ; mêmes lésions de dégénération granuleuse, de nécrose ; sur les coupes de la région ulcérée on retrouve quelques lésions de dermite, caractérisées par l'épaississement des couches qui la composent et une légère infiltration cutanée qui accompagnait l'ulcération qu'a la tumeur sous-jacente.

Examen bactériologique. — Comme dans les cas précédents, des coupes ont été colorées par la méthode de Ziehl et les résultats ont été aussi négatifs ; sur environ vingt coupes examinées, nous n'avons pu trouver de bacilles de Koch.

Inoculations. — Deux cobayes furent inoculés ; l'un avec un fragment provenant de la tumeur ulcérée ; malheureusement, il mourut, trente-six heures après inoculation, de septicémie suraiguë causée par l'inoculation de la portion de peau ulcérée et certainement infectée. Le deuxième cobaye, inoculé avec un fragment de tumeur non ulcérée, maigrit assez rapidement et fut tué trente-cinq jours après l'inoculation ; il présentait une tuberculose expérimentale typique aux ganglions, foie et rate remplis de tubercules ; un troisième cobaye fut inoculé avec la rate du précédent et présenta, un mois après, une tuberculose tout aussi nette que le premier ; il n'y avait donc pas de doute possible sur la nature tuberculeuse de la tumeur inoculée.

OBSERVATION IV

(Duc à M. LEREDDE (1).

ERYTHÈME INDURÉ DE BAZIN

Mme B..., 36 ans, ménagère. L'affection a débuté, en novembre 1893, par des douleurs violentes dans les chevilles. Des nodosités dures, peu volumineuses se sont développées au niveau des membres inférieurs, et de nouvelles apparaissent sans interruption depuis six mois.

L'apparition des nodosités est précédée par une sensation de brûlure et des démangeaisons ; dès que les éléments sont perceptibles au doigt, toute sensation spontanée disparaît ; la pression un peu vive provoque encore quelque douleur.

Les éléments se présentent à l'origine sous forme de masses dures, arrondies, du volume d'un pois, situées sur

(1) LEREDDE. — *A. de D. et S.*, 1898.

les jambes, à distance du tibia ou à son niveau ; celles qui sont voisines de l'os semblent adhérer au périoste. Peu à peu elles grossissent et se révèlent à l'œil par la rougeur ; la teinte de la peau est vive et franche. Parfois, la résorption spontanée se produit. Sinon, la rougeur augmente et s'étale, la teinte devient violacée, la saillie se prononce et, sans douleur, elle s'ulcère à sa partie moyenne.

Au bout de huit, dix, quinze jours, il se forme une cicatrice pigmentaire ; au centre, on constate une dépression souvent régulière, parfaitement arrondie.

La malade a pris, peu après le début, et pendant deux mois et demi, de l'iodure de potassium à la dose de deux grammes (?) par jour. Ce traitement n'a modifié en rien les lésions et elle y a renoncé.

23 mars 1898. — On constate sur les deux jambes une vingtaine d'éléments à tous les degrés de leur évolution. Les uns ne se perçoivent qu'à la palpation, d'autres se révèlent par une teinte rouge ou violacée de la peau ; au palper ils sont durs, résistants, élastiques.

A la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne droite, on trouve deux ulcérations voisines l'une de l'autre, peu profondes, d'un dessin irrégulier ; leur bord est taillé en biseau d'un côté, profond et en forme de bourrelet d'un autre. Une de ces ulcérations est subdivisée incomplètement par une languette cutanée, et paraît formée nettement par la confluence de deux ulcérations cratériformes, chacune de la dimension d'une lentille.

Le fond est tapissé en certains points d'un tissu jaunâtre pseudo-membraneux ; le reste a une couleur violacée, ne bourgeonnant pas, à la pression on fait sortir *non du pus mais du liquide séreux*.

Les ulcérations sont comprises dans un tissu extrêmement dur qui détermine une légère saillie de toute la région. L'induration est disposée en plateau comme celle d'un chancre syphilitique ; elle est beaucoup plus étendue que les ulcéra-

tions *qui jamais ne se produisent sur la totalité de l'infiltration*. La teinte violacée de la peau déborde le tout et s'étend sans limite précise au-delà de l'infiltration.

La pression des lésions ulcérées n'est pas douloureuse.

La malade a toujours eu une assez bonne santé. Elle a souffert, cependant, il y a une dizaine d'années, d'une bronchite qui a duré plusieurs mois. Elle n'a eu ni hémoptysies, ni pleurésie. Pas d'amaigrissement, pas de sueurs. Elle ne tousse pas habituellement et digère bien.

Notons qu'elle est devenue sourde au cours d'une grossesse et qu'elle a perdu un œil à la suite d'un traumatisme.

Il y a six ans, elle a présenté un ganglion volumineux à la partie droite du cou : *ce ganglion a suppuré et a laissé une cicatrice*.

On trouve des ganglions gros et mobiles dans l'aisselle droite et de plus petits dans la gauche.

Il n'existe pas d'adénopathies importantes au niveau du cou ou des aines. Les poumons sont sains, à l'auscultation et à la percussion.

Jamais la malade n'a eu d'engelures.

Fausse couche en mars 1896, à trois mois et demi de grossesse. Trois enfants, l'un est mort du croup, un autre se porte bien, *une fille est tuberculeuse*.

Le mari est tuberculeux.

Biopsie. — Fixation par le sublimé bichromaté. Inclusion par la paraffine.

Les lésions capitales sont des lésions profondes qui ont leur maximum dans le tissu sous-dermique et envahissent secondairement la région des glandes sudoripares et le plan dermique où elles sont comprises. La biopsie n'a pu atteindre les lésions profondes dans toute leur épaisseur.

On constate, au-dessus du derme, de large travées formées d'un tissu conjonctif dense, parsemé de nombreuses cellules. Ces travées sont irrégulièrement anastomosées ; entre elles,

on trouve du tissu adipeux et quelques groupes de cellules grasses dans leur épaisseur.

A un fort grossissement, elles comprennent d'assez nombreux vaisseaux qui, tous, sont oblitérés; leur paroi n'a pas bourgeonné, mais les cavités sont remplies par des thrombus vaguement granuleux.

Les noyaux cellulaires sont tous fragmentés, et même tombent en poussière, dont les grains sont excessivement colorables par les couleurs basiques.

Le tissu conjonctif lui-même est altéré; ses fibres sont réduites en minces lamelles d'aspect trouble.

A l'étage immédiatement supérieur, les lésions se localisent autour des groupes glomérulaires. Les tubes glandulaires sont écartés, dissociés; dans quelques-uns, on constate du sang ou des globules blancs. Les vaisseaux sanguins sont extrêmement apparents; tous sont dilatés, leur paroi épaisse. Entre les glandes et les vaisseaux se produit une infiltration cellulaire, extrêmement serrée, d'éléments lymphocytiques à noyaux très colorables; en quelques points on trouve des leucocytes polynucléaires bien nets. Il n'existe pas de mastzellen, non plus que dans les régions plus élevées.

Les lésions du derme moyen sont à peu près strictement limitées autour des vaisseaux. On ne constate pas d'endartérite, mais une endo-phlébite extrêmement nette. Les parois vasculaires, surtout celles des veines, sont envahies par de nombreuses cellules, et engainées par un bien plus grand nombre.

On constate une légère multiplication des cellules fixes interfasciculaires.

La région sous-papillaire est très oedématiée, toutes les fibres conjonctives sont écartées les unes des autres. Les parois vasculaires paraissent épaisses, le tissu est parsemé de cellules très nombreuses.

L'épiderme est peu altéré; le corps de Malpighi est normal, on constate la disparition de la granulose et une légère hyperkératose sans parakératose.

OBSERVATION V

(Due à M. JOHNSTON.)

ERYTHÈME INDURÉ ET GRANULOME NÉCROSIQUE CHEZ LE MÊME SJET.

La malade est une jeune fille de 16 ans, anémique, à peau pâle, épaisse, grossière et pâteuse ; elle a des adénites cervicales très marquées mais non ramollies. Elle présente aux jambes de nombreuses tumeurs d'érythème induré, dont plusieurs sont ulcérées.

Les mains et les avant-bras du côté de l'extension sont semés de lésions d'aspect tout différent qui sont des hydrosadénites, tuberculides de Darier ou granulome nécrotique de l'auteur.

Cette dernière éruption est formée de petits nodules pâles, qui débutent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les parties profondes du derme. Ils se développent lentement et sans douleur, car l'évolution totale d'une lésion donnée peut durer un an.

En se développant, le nodule devient adhérent à la peau et gagne peu à peu la surface en formant une papule rose, puis rouge cuivré. Le sommet se déprime par suite de la formation d'un bouchon nécrotique qui, finalement, tombe en laissant une petite cicatrice. Ces lésions restent isolées et disséminées sans aucun groupement, elles ressemblent beaucoup à de petites syphilides papuleuses. Dans la plupart des cas publiés, ces lésions coïncident avec des manifestations de scrofulo-tuberculose.

A l'examen histologique on trouve, autour des vaisseaux sanguins, un foyer d'infiltration cellulaire formée de leuco-

cytes, de cellules épithélioïdes et des cellules géantes. Cette infiltration s'étend au voisinage en atteignant surtout les réseaux vasculaires des glomérules sudoripares, des follicules ou des glandes sébacées.

Quand la papule a acquis son complet développement, on y reconnaît la structure du follicule tuberculeux, puis l'oblitération des vaisseaux en amène la nécrose, qui s'étend jusqu'à la surface, en suivant les conduits sudoripares. Les altérations de l'épithélium glandulaire sont analogues à la tuméfaction trouble des cellules du rein dans les exanthèmes.

Il n'a pas été trouvé de microbes dans l'une ou dans l'autre lésion étudiée, de sorte que leur origine toxique est toujours probable.

OBSERVATION VI

(De M. FOURNIER, recueillie par M. HAURY, interne du service (1).

MALADIE DE BAZIN. TYPE A NODOSITÉS SOUS-CUTANÉES.

L. B..., âgée de 23 ans, couturière.

Il s'agit d'une malade chez qui, il y a deux mois, apparut, au niveau de la partie inférieure de la face interne du tibia, une *nodosité* de la grosseur d'un grain de chènevis; cette nodosité augmenta dans la suite pour arriver, en deux mois, au volume d'un œuf de pigeon.

Puis se montrèrent, au niveau de la face interne de la cuisse gauche, trois ou quatre *nodosités* de la grosseur d'un petit pois, enchassées dans le derme.

A la face postérieure de la cuisse, autre nodosité un peu plus volumineuse que les précédentes.

(1) A. de D. et S., 1899.

A la jambe droite, on retrouve encore des nodosités ; les unes sont petites et dures ; les autres sont grosses et empâtées ; ces nodosités sont douloureuses au toucher, même par simple frôlement de la jupe, mais non spontanément. Elles occupent la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée.

Leur surface, d'abord rouge, devient plus tard violacée, de plus petites nodosités, peu visibles, sont plus facilement appréciables au palper. Prise entre les doigts, leur surface ne se plisse pas.

Au niveau du tendon d'Achille, une de ces nodosités s'est ulcérée ; cette ulcération, à contours arrondis, d'aspect nécrotique, a succédé à un soulèvement épidermique qui s'est ouvert, donnant issue à un liquide séreux.

Il y a six jours, apparition, au niveau de la partie moyenne de la face postérieure du bras droit, d'une nodosité intra-dermique, à surface légèrement violacée, du volume d'un gros pois et douloureuse au toucher.

En même temps prit naissance une autre nodosité plus grosse, mallimitée, située à la partie supérieure et interne de la face postérieure du bras gauche, adhérente à la face profonde du derme, mais ne trahissant sa présence par aucun changement de coloration de la peau,

La malade a une taille de 1 m 75 ; elle est un peu voûtée et paraît jouir d'une assez bonne santé. Pourtant, son faciès est légèrement strumeux, mais nulle part on ne trouve de ganglions ; elle ne tousse pas ; ses poumons sont sains. Rien au cœur.

Elle se plaint d'avoir constamment les extrémités froides, violacées, engourdis.

Elle ne présente, d'ailleurs, aucun stigmate dystrophique.

Son père et sa mère sont bien portants ; elle a perdu un frère, mort à deux mois de « méningite ».

Elle a joui d'une bonne santé pendant son enfance ; elle n'a eu ni gourme, ni maux d'yeux, ni glandes, ni abcès.

Étant jeune, elle présenta fréquemment des engelures aux mains et aux pieds ; encore maintenant, quand il fait très

froid, elle a des engelures, mais jamais, dit-elle, ces engelures ne s'ulcèrent.

La malade a été réglée à 12 ans et, depuis, elle a toujours eu des menstrues de quantité normale et survenant régulièrement.

Jamais de leucorrhée.

OBSERVATION VII

(De M. A. FOURNIER. Recueillie par M. HAURY, interne du service.)

MALADIE DE BAZIN. TYPE A ULCÉRATIONS CUTANÉES.

M^{me} A. . . , âgée de 24 ans, marchande de volailles. Cette malade ne présente pas d'antécédents pathologiques notables. Il existe, cependant, parmi ses collatéraux, une *polymortalité infantile* digne d'être rapportée. Voici, d'ailleurs, ce qu'elle raconte à ce sujet.

1^{er} enfant, mort à deux ou trois mois (cause indéterminée).

2^e (La malade actuelle).

3^e Mort à l'âge de deux mois environ (?).

4^e Fille vivante, 21 ans ; serait sujette aux bronchites, quoique, malgré cela, de santé assez bonne.

5^e Fille morte, à 5 ans, de convulsions.

6^e Fille morte à 10 ans, de méningite (en 2 ou 3 semaines).

7^e Garçon vivant, âgé de 10 ans, *chétif*, quoique ne souffrant pas et n'ayant pas de maladies très caractérisées.

8^e garçon mort à 4 mois, de convulsions.

En remontant du côté des ascendants, rien à noter.

Grand'-père paternel mort à 78 ans.

Grand'mère paternelle vivante âgée de 84 ans.

Grand'-père maternel vivant, âgé de 60 ans.

Grand'mère maternelle morte très jeune.

La malade, née à terme, a été blessée au sein par sa mère. Elle a eu *une enfance chétive*. Toute jeune elle fut sujette aux *gourmes* qui durèrent assez longtemps, sans qu'elle puisse rien préciser à cet égard.

Vers 10 ans, elle fut atteinte de *rougeole* et, à 12 ans, de *varicelle*.

Quelque temps après cette dernière maladie, il lui vient *des humeurs plein la figure et les mains*, cela pendant deux mois environ. Des cicatrices blanches sans caractères particuliers représentent, à la joue gauche notamment et à la lèvre inférieure, les vestiges de cette affection indéterminée.

A 15 ans, *influenza*.

Un an plus tard (16 ans), la malade se marie. Immédiatement survient *une grossesse* qui se *termine, au bout de huit mois* par la naissance d'un enfant vivant qui succombe deux mois après, de *débilité native*. Ni à la naissance, ni pendant sa courte existence, cet enfant n'a présenté d'éruption cutanée ou muqueuse. Il ne paraît pas non plus avoir présenté aucun vice de conformation.

Pendant toute sa grossesse, la santé de la malade a été très bonne. L'accouchement et suites de couches n'ont rien présenté que de normal. Cependant, depuis cette époque, il existe un léger état dysménorrhéique, et les périodes menstruelles sont très irrégulières.

Aucun antécédent de syphilis. Jamais de maux de gorge. Jamais de céphalée digne d'être remarquée. A aucun moment la malade n'a présenté de chute de cheveux ou de boutons en un point quelconque du corps.

Affection actuelle. — Le 21 janvier 1899, Mme A... est entrée à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier, pour des *ulcérations* siégeant sur les jambes et présentant tous les caractères objectifs suivants :

Lésions ulcéreuses profondes de 2 à 3 millimètres au maximum, à bords extrêmement *nets, non décollés*, taillés à pic, à fond *jaune grisâtre*, assez régulier, non bourgeonnant et

non suppurant. Chacune de ces ulcérations est entourée d'une *zone rouge vis inflammatoire*, d'une largeur d'un centimètre à un centimètre et demi, mal limitée, se confondant, d'une part, insensiblement avec la peau saine et, d'autre part avec les zones identiques des ulcérations voisines.

Au toucher, on détermine au niveau de cette surface rouge une *très légère douleur*.

En pressant entre le pouce et l'index les bords de l'une quelconque des ulcérations, on fait sourdre à sa surface non pas du pus franc, mais une *sérosité* louche. On constate, en outre, qu'il n'existe, au-dessous de l'ulcération *aucune induration* appréciable, comme celle qui résulterait de la présence d'une néoplasie ; les tissus sous-jacents présentent seulement une légère infiltration. Enfin, il n'y a *pas d'adhérences* avec les parties profondes.

Quelle est la répartition des lésions ?

Jambe gauche. — A la région antérieure et moyenne, on constate l'existence de trois ulcérations siégeant l'une, la plus grande, immédiatement en dehors de la crête tibiale, et les deux autres immédiatement en dedans de cette même ligne. La première ulcération est ovale, à grand axe oblique de bas en haut et de dedans en dehors, à circonférence presque régulière, sauf à sa partie supérieure. Ses dimensions ont environ de deux centimètres et demi sur un centimètre et demi.

Les deux autres ulcérations sont assez régulièrement arrondies et d'un diamètre un peu inférieur à celui d'une pièce de 50 centimes.

A la partie inférieure de la même jambe, un peu au-dessus du cou-de-pied, se trouvent deux ulcérations situées à côté l'une de l'autre et de dimensions analogues.

Enfin, au niveau de la malléole interne et sur cette malléole même, se voit une dernière ulcération de la largeur d'une grosse lentille.

En somme six ulcérations sur la jambe gauche.

Jambe droite. — Un peu au-dessus de la région moyenne et antérieure de cette jambe, il existe deux ulcérations du diamètre d'une pièce de 0,20 et c'est tout.

Début et évolution des lésions. — Le début de l'affection remonte à trois mois environ. A cette époque la malade a présenté, dit-elle, *sans cause apparente*, sur les jambes (la gauche d'abord, puis la droite), de *tout petits boutons* légèrement prurigineux, qu'elle a excoriés par le grattage; les exco-riations se sont agrandies lentement; puis, tandis que quelques-unes, après une courte durée, se sont cicatrisées spontanément, d'autres ont continué à s'accroître pour prendre les dimensions et les caractères que nous venons de relater plus haut. Les dires de la malade semblent de tous points confirmés par l'examen des jambes. D'une part, on voit, en effet, disséminées çà et là à leur surface antéro-externe, une douzaine de *petites cicatrices* ayant les dimensions d'une lentille en moyenne, légèrement déprimées à leur centre, les unes légèrement foncées, les autres rosées ou violacées. Trois ou quatre d'entre elles sont encore croûteuses ou squameleuses. D'autre part, à côté des ulcérations et des cicatrices précédentes on voit également, à la partie antéro-externe des deux jambes, de *petits éléments acnéiformes*, de la grosseur d'un grain de mil ou même d'une tête d'épingle, à sommet vésiculo-pustuleux, et que la malade indique nettement comme étant le point de départ des ulcérations (?). Quelques-uns de ces éléments sont excoriés et sont recouverts d'une croûte brun-rougeâtre de sang coagulé.

Signalons enfin *le siège exclusif à la région antérieure et externes des jambes*, tandis que le mollet et toute la région postérieure en sont complètement indemnes (ni ulcérations, ni cicatrices, ni éléments acnéiformes); l'absence du moindre œdème; l'absence de varices (sauf quelques légères varicosités); l'absence de troubles de la sensibilité; la présence normale des réflexes rotuliens.

Autres régions. — *Les cuisses, la face antérieure du tronc*

et le visage sont indemnes de toute éruption et de toute cicatrice récente. Il en est de même des faces dorsales, plantaires et palmaires des *pièds* et des *mains*. Ces dernières seulement sont le siège d'un *état cyanotique* persistant, augmentant sous l'influence du froid, mais sans trouble de sensibilité ni lésion trophique.

La face postérieure des bras et des avant-bras, mais surtout des bras, est couverte de petits éléments acnéiformes disséminés, analogues à ceux des jambes et comme ceux-ci à toutes les périodes de leur évolution (cicatrices, excoriations, squamelles, etc.). Cette éruption n'arrive pas inférieurement au niveau des poignets, tandis qu'en haut elle est assez abondante à la région deltoïdienne.

Quelques éléments existent à la partie supérieure du dos, au niveau de laquelle se trouvent des cicatrices petites, blanchâtres, arrondies et lenticulaires, traces probables d'une ou de plusieurs éruptions acnéïques antérieures, sur lesquelles, d'ailleurs, la malade ne peut donner aucun renseignement.

L'éruption des membres supérieurs est, comme celle des jambes, légèrement prurigineuse, et remonte à quelques semaines.

Autres organes. — L'examen des viscères est, négatif. Rien aux poumons. Pas de troubles stomacaux ; pas de dilatation gastrique. Constipation habituelle. Ni albuminurie, ni glycosurie. Rien à signaler aux organes génitaux. La muqueuse linguale et bucco-pharyngée est normale. Les amygdales n'ont pas un volume exagéré.

La malade, si on peut lui donner ce nom, ne présente aucun stigmate d'une hérédité quelconque, notamment pas de kératite ancienne et pas de surdité. L'appareil dentaire ne présente aucun stigmate. Il existe seulement de la carie assez prononcée des dents molaires et canines, surtout à la mâchoire supérieure.

Le fait le plus important à noter est la présence d'*adéno-*

pathies légères dans les diverses régions ganglionnaires, à savoir :

1° *Au cou*, il existe des deux côtés, mais principalement à gauche, en arrière du sterno-mastoidien, trois ou quatre ganglions de la grosseur d'un petit haricot, indolents, non douloureux, mobiles et non indurés.

2° *Aux aisselles, pléiades ganglionnaires*, plus marquées du côté droit. Les ganglions présentent les mêmes caractères que ceux du cou.

Aux aines, pléiades un peu plus développées qu'aux autres régions, mais n'en différant pas par leurs caractères.

Signalons enfin un très léger état séborrhéique du cuir chevelu.

Etat général. — Pas d'amaigrissement (embonpoint même assez notable). Pas de transpirations nocturnes. Jamais de toux.

Taille moyenne. Cheveux châtain clair, peu épais. Teint rosé et très légèrement couperosique. Pas de faciès strumeux. mais *thyroïde assez développée*.

Faisons remarquer, pour terminer, que Mme A..., exerce un métier qui l'oblige à rester debout la plus grande partie de la journée et à vivre en plein air en toutes saisons et par tous les temps (marchande au marché d'Asnières).

Traitement : sirop d'iodure de fer ; vin de gentiane. Bains répétés. Pansements par occlusion. Guérison rapide. *Exeat.*

La malade avait quitté le service le 10 février, complètement guérie. Les ulcérations étaient cicatrisées et il ne restait plus autour d'elles qu'une zone érythémateuse.

En quittant l'hôpital, elle se rendit chez un de ses parents, chez qui elle resta quelques jours, *assise*, presque en permanence, recouvrant sa jambe d'emplâtre de Vigo. Durant ce temps, les ulcérations anciennes, bien que « cicatrisées » en apparence, laissaient, au dire de la malade, suinter un peu de sérosité.

Le 15 février, elle recommença à travailler, et resta debout

toute la journée. Vers le soir, sans qu'il y ait eu d'autres causes occasionnelles, en enlevant les bandelettes de Vigo, elle s'aperçut que les plaies de sa jambe s'étaient rouvertes, *toutes*, sans exception.

La malade raconte qu'alors ces ulcérations étaient superficielles, mais qu'elles se creusèrent bientôt.

Elle continua à travailler jusqu'au 26, mettant sur ses jambes tantôt de l'ouate hydrophile imbibée de sublimé, et tantôt du sparadrap de Vigo. Les ulcérations devinrent alors le siège de légères douleurs. Enfin, ces douleurs augmentant, ainsi que les dimensions des lésions, elle se décide à revenir à l'hôpital.

A son entrée, elle présente toutes les anciennes ulcérations reconstituées. Deux seulement se sont surajoutées aux précédentes, et présentent les mêmes caractères que ces dernières.

Traitement: repos; sirop iodo-tanique; bains; pansements par occlusion.

Dès le 8 mars, amélioration marquée.

OBSERVATION VIII

(Due à M. CARLE.)

ERYTHÈME INDURÉ DE LA FACE

Caroline L..., âgé de 49 ans, née à Schaffouse, demeurant à Lyon, entre dans le service de clinique de M. le professeur Gailleton, le 20 octobre 1900.

Antécédents héréditaires. — Rien sur le père et la mère. *Six frères ou sœurs morts jeunes*, sans qu'il soit possible de déterminer le genre de mort. Pour un seul, mort à 21 ans, il est avéré qu'il était atteint de *tuberculose pulmonaire*.

Dans son histoire antérieure, la malade présente un

ensemble de symptômes dénotant une grande délicatesse des voies aériennes supérieures. Elle tousse fréquemment, depuis sa jeunesse, en hiver surtout, sans crachats caractéristiques, ni points de côté fixes. Cette toux coïncide avec un enrrouement tenace, devenu chronique depuis déjà deux ans, et qui donne actuellement à la voix un timbre rauque.

A certaines périodes, il devient beaucoup plus marqué, coïncidant avec des phénomènes de pharyngite, douleur dans l'arrière-gorge et difficulté dans la déglutition.

De plus, elle a toujours été très sujette au rhume de cerveau et, depuis plusieurs mois, elle est atteinte d'un catarrhe nasal prononcé. La sécrétion nasale, muco-purulente à son entrée, s'est améliorée sous l'influence des traitements simples.

La malade est déjà venue une fois dans le service, en hiver 1899, pour traiter un lupus dont elle porte actuellement les traces sur la joue gauche. Elle s'était aperçue, dans le courant de l'hiver, de la présence sur cette joue de petits nodules indurés, rouges, douloureux à la pression, deux surtout plus marqués, l'un au milieu de la joue gauche, l'autre près de la commissure gauche. Les plaques rouges s'étendirent et devinrent confluentes, d'autres nodules piquetèrent ce fond rouge, pendant que les premiers nodules s'amollissaient et s'ulcéraient finalement, après avoir fait un relief appréciable au-dessus des teguments.

L'affection, douteuse au début (puisqu'on fit à la malade des injections de calomel), se caractérisa en octobre en 1899. On la soumit au traitement par les pointes de feu qui, au bout de deux mois et demi, donna un résultat satisfaisant. Depuis sa sortie, en effet, la cicatrice de la joue gauche, irrégulière et occupant la moitié environ de la joue est restée stationnaire, sans poussées nouvelles, ni apparition de nouveaux nodules.

Elle a été opérée d'un kyste de l'ovaire, en juillet 1900.

L'affection qui nous intéresse a débuté en juin 1900. Vers cette époque elle sentit, pour la première fois, une sensation

de picotements assez vifs, un peu au-dessus de la commissure droite, quelques rares douleurs de temps à autre, mais peu après l'attention de la malade étant attirée sur cette région, elle s'aperçut qu'à ce niveau elle sentait « rouler » sous son doigt une petite induration de la grosseur d'un pois, dure et indolente.

Nous insistons sur ce fait que la peau était, et est restée longtemps, absolument normale, on pouvait la soulever sans difficulté. Pas de douleur à la pression, pas de relief, pas d'œdème. Depuis cette époque ces divers symptômes ont différemment évolué ; l'induration, assez bien limitée et facile à sentir entre les doigts, a insensiblement pris un volume plus considérable, jusqu'à celui d'une grosse noisette, sans à-coup, sans phénomènes aigus. Elle est peu à peu devenue un peu plus diffuse et la malade en percevait actuellement les bords moins nettement qu'au début.

La douleur a plutôt diminué, c'est-à-dire qu'elle consiste seulement en une sensation de légers tiraillements, jamais il n'y a eu de douleurs vraies spontanées ou provoquées, sourdes ou névralgiques, en somme à peine marquée.

La rougeur a fait son apparition depuis deux mois ; grosse d'abord comme une pièce de 0,50 centimes, elle s'est peu à peu étendue jusqu'à occuper l'espace d'une pièce de deux fr., en même temps un léger degré d'enflure, plutôt que de relief, depuis la même époque, un léger œdème résistant et non dépressible.

Rien à noter dans l'état général pendant toute cette période extra-hospitalière. Toujours du catarrhe nasal et de la dysphonie. Pas d'amaigrissement.

Elle entre à l'Antiquaille, le 20 octobre 1900, dans le service de M. le professeur Gailleton.

Nous constatons :

A l'inspection : une rougeur occupant l'espace d'une pièce de deux francs, située à un centimètre et demi en dehors, à deux centimètres au-dessus de la commissure.

Ses limites ne sont pas très précises, le centre est foncé,

violacé même, ton qui va s'atténuant peu à peu sur les bords, crénelés de prolongements, coupés d'intervalles de peau saine. La peau pâlit à la pression du doigt.

Au niveau de cette coloration la peau est surélevée, le relief est dû en partie à la tumeur sous-jacente, mais surtout à l'œdème dermique, facile à constater. Cet œdème est plus marqué au centre, résistant, et le doigt qui le comprime n'y laisse pas de godet.

A la palpation il est facile de sentir et de délimiter une tumeur. Elle est surtout appréciable lorsqu'on saisit entre le pouce et l'index, le premier sur la peau, le second atteignant la face postérieure de la tumeur, par le pli gingivo-labial, supérieur.

Fait essentiel, la tumeur siège dans le tissu cellulaire sous-dermique. Elle est mobile dans ce tissu, mobile sur le plan osseux sous-jacent, et n'a d'adhérence qu'avec le derme dont elle suit tous les mouvements. Il est impossible de plisser la peau. Elle fait corps avec elle sans délimitation tangible ; aucun centre d'adhérence d'ailleurs ; la palpation par la bouche montre que la muqueuse gingivale joue derrière elle sans difficulté, sans adhérer aux petits prolongements que la tumeur envoie dans sa direction. Ses limites sont nettes dans la moitié supérieure, en bas ses bords s'adoucissent et elle envoie deux petits prolongements du côté de la gencive et du côté du nez, petites boules indurées de un centimètre de longueur à peine, bien unies à la tumeur, sans adhérences. Elle a la forme et le volume d'une petite noisette que l'on aurait aplatie, de un centimètre et demi à deux centimètres dans tous ses axes.

Aucune infiltration autour de la tumeur. La palpation dénote encore de la rénitence plutôt que de la dureté.

Dans la partie centrale on a même une sensation de fausse fluctuation qui nous fait hésiter un moment. D'une façon générale, elle est plus dure dans la partie supérieure qu'en bas. L'indolence à la palpation est complète, les mouvements

imprimés n'éveillent aucune douleur. Pas de troubles de la sensibilité cutanée.

Etat général satisfaisant. Rien au poumon ni au cœur, rien dans les urines.

Etant donné la délimitation très nette de la tumeur, étant donné son épaisseur et sa profondeur qui rendaient très long et très douteux tout traitement révulsif cutané, M. le Dr Carle, chef de clinique, décide de faire l'énucléation complète, comme pour une tumeur.

L'opération est faite le 27 octobre 1900, par M. Carle, chef de clinique. Anesthésie à l'éther. Incision d'un centimètre et demi dans le sens des plis de la peau, oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Dissection au bistouri; on trouve un tissu induré assez semblable à un amas de fongosités, unies, cohérentes, non encapsulées envoyant de petits prolongements dans le tissu sain environnant. La masse centrale est enlevée entièrement. Sa partie périphérique et les prolongements sont grattés avec la curette.

M. Carle enlève également aux ciseaux une petite partie de la peau qui se trouvait au centre de la lésion; peau violacée et œdémateuse, évidemment malade.

Lavage à l'eau bouillie dans la cavité ainsi créée.

La réunion est faite par première intention et recouverte par un pansement à l'aristol légèrement compressif. On enlève les fils sept jours après. Les suites ont été tout à fait normales.

Douze jours après, l'incision laisse, évidemment, une trace bien marquée, mais on ne sent plus l'induration, la douleur a disparu, mais la rougeur tarde longtemps à diminuer.

Aucune gêne dans les mouvements de la face.

Recherches bactériologiques. — Elles ont donné des résultats négatifs.

Examen histologique. — L'examen histologique a été pratiqué au laboratoire de M. le professeur Tripier, par

M. le professeur agrégé Paviot, il nous a été transmis par M. Joly, interne des hôpitaux.

L'examen histologique démontre nettement la nature tuberculeuse de la lésion. En effet, dans le derme et plus spécialement dans sa partie profonde, immédiatement au point où il confine à la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, on voit une infiltration intense de cellules épithélioïdes, infiltration qui dissocie, ensuite écarte les faisceaux conjonctifs et les divers éléments constitutifs du derme. Dans les points où cette infiltration est la plus intense, on voit quelques cellules géantes typiques, nous avons pu en considérer trois à quatre sur chacune des coupes. La couche sous-jacente musculaire est aussi envahie par les cellules embryonnaires, mais, cependant, à un degré moindre.

Les faisceaux musculaires sont semés de ces cellules, mais la substance musculaire elle-même, ne semble pas avoir été altérée. Immédiatement au-dessous de cette couche se voient des vaisseaux, artères et veines, dilatés, congestionnés et reposant dans une infiltration hémorrhagique récente.

Dans le derme proprement dit, le tissu conjonctif ne semble pas être augmenté de consistance ; on ne rencontre que quelques rares traînées de tissu semblant plus jeune.

En résumé, on peut dire infiltration tuberculeuse récente de la portion profonde du derme.

Inoculations. — Les inoculations ont été pratiquées dans le laboratoire de M. le professeur Arloing, par M. Lesieur, interne des hôpitaux, qui a eu l'obligeance de nous en transmettre le résultat.

Deux cobayes de moyenne grosseur reçoivent sous la peau de la cuisse droite un fragment de tumeur prélevé quelques heures auparavant, à la date du 27 octobre 1900.

Le 1^{er} novembre, ils présentent une tuméfaction locale, avec un petit ganglion inguinal dur, roulant sous le doigt.

Le 7 novembre, l'un deux est porteur d'un petit abcès ca-

séux local, qui commence à s'ouvrir spontanément au dehors.

9 novembre. — Mort d'un premier cobaye, très amaigri ; petit abcès caséux local où l'on décèle la présence de quelques bacilles de Koch peu nombreux ; petit ganglion inguinal non ramolli ; peu de lésions viscérales.

10 novembre. — Mort du cobaye restant, très amaigri.

Abcès caséux local avec nombreux bacilles de Koch. Petit ganglion inguinal non ramolli ; 5 ou 6 petits tubercules dans le foie, avec bacilles de Koch à l'intérieur du caséum.

Pas de lésions pulmonaires.

CONCLUSIONS

1^o Notre thèse est un argument de plus en faveur de l'origine tuberculeuse de l'érythème induré; sa coexistence avec un lupus, l'examen anatomo-pathologique, les inoculations suivies de succès que nous rapportons en sont de nouvelles preuves.

2^o Bien qu'on ait trouvé des cellules géantes, bien que les cobayes soient morts assez rapidement, on n'a cependant pas pu déceler de microbes. C'est donc bien, comme on tend à le considérer aujourd'hui, à une forme atténuée de la tuberculeuse, à la forme toxinique, qu'il convient de rattacher cette forme d'induration.

3^o Après les jambes, la face semble être le siège préféré de la lésion.

4^o La forme ulcéreuse décrite par Hutchinson,

n'est qu'un des modes de terminaison de la forme indurée de Bazin. Le plus souvent un traitement général bien ordonné, combiné aux cautérisations précoces et profondes, suffiront pour amener la résolution; mais quand la lésion est bien délimitée on peut l'enlever, comme on le ferait d'une petite tumeur.

Le Président de la Thèse,

GAILLETON.

Vu :

Le Doyen.

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 novembre 1900.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY. — *A. de D. et S.*, 1898.

Les articles de MM. *Pringle, C. Fox*. ADANSON-GALLOWAY,
In *British Journal of Dermatology*, de 1896.

BARTHÉLEMY. — De l'acnitis, *A. de D. et S.*, 1891, et S. F.
D., 1899.

BAZIN. — Leçons sur la scrofule, 1861.

BESNIER. — Réunion des médecins de l'hôpital St-Louis.
A. de D. et S., 1889.

COLCOTT FOX. — *British Journal of Dermatology*, 1893.
Congrès de 1900 de Paris. *A. de D. et S.*, 1900.

FEULARD (H.) — Réunion clinique des médecins de l'hôpital St-Louis. *A. D.*, 1889.

HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité pratique de Dermatologie,
1900.

HALLOPEAU. — La tuberculose et les maladies de la peau.
A. D. et S., 1896.

HALLOPEAU. — Des toxines en Dermatologie. *A. de D. et S.*,
1897.

HUTCHINSON. — *Archives of Surgery*, 1893.

LERREDE. — Tuberculides nodulaires des membres inférieurs. *A. D. et S.*, 1898.

LEREDDE. — Les tuberculides. *Sem. méd.* 1900.

MÉNEAU. — Erythème induré des scrofuleux. *Journal de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1896.

THIBIERGE et RAVAUT. — *A. de D. et S.*, 1899.

TRUCHI. — Thèse de Toulouse, 1898.

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1868.

